DOSSIERS SANTÉ EN ACTION



# Éducation à la santé

## Quelle formation pour les enseignants ?

Didier Jourdan

www.inpes.sante.fr
inpes éditions

# Éducation à la santé

# Éducation à la santé

## Quelle formation pour les enseignants ?

Didier Jourdan



Direction de la collection **Thanh Le Luong**
Édition **Jean-Marc Piton**

**Institut national de prévention**
**et d'éducation pour la santé**
42, boulevard de la libération
93203 Saint-Denis cedex – France



Pour nous citer : Jourdan D.
*Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?*
Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 160 p.

ISBN 978-2-9161-9214-7

## L'auteur

**Didier Jourdan**, professeur des universités, IUFM d'Auvergne, université Blaise-Pascal, Clermont-Ferrand II

## Avec la collaboration de

**Sandrine Broussouloux**, chargée de mission, département Partenariat et développement régional, Direction du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, Inpes

# Préface

*Pour chaque individu, la santé représente une ressource qu'il convient de maintenir et de protéger. Pour y parvenir toutes les dimensions de la santé doivent être prises en compte ainsi que l'ensemble de ses déterminants : biologiques, psychiques, sociaux, économiques, culturels et environnementaux. Cette santé globale, qui peut être apparentée au « bien-être », la Charte d'Ottawa a su montrer que les autorités sanitaires n'en avaient pas seules la responsabilité, mais que l'ensemble des institutions et réglementations ayant une action sur le cadre de vie des populations devaient en prendre leur part de responsabilité. En tant que lieu de vie, l'École participe pleinement au bien-être et à la santé des enfants et des jeunes qu'elle accueille.*

*Les données de la littérature scientifique internationale*[1] *mettent en avant l'importance de l'École comme lieu de promotion de la santé, non seulement parce qu'elle est fréquentée par toute une classe d'âge pendant plusieurs années, mais encore parce qu'ont été démontrés les liens étroits qui unissent santé et éducation. La promotion de la santé des élèves contribue à améliorer la*

---

**1.** Saint-Léger L., Nutbeam D. Les milieux 2 : la promotion de la santé à l'école. In : *L'efficacité de la promotion de la santé : agir sur la santé publique dans une nouvelle Europe*. Rapport de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé pour la Commission européenne. Bruxelles : Commission européenne, 1999 [chapitre 10] : p. 125-138.

*réussite éducative : accroître le niveau d'éducation contribue à améliorer la santé.*

*L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé a pour mission de développer l'éducation pour la santé en direction des milieux de vie et de développer la formation en éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire.*

*Pour le milieu scolaire, l'engagement de l'Inpes s'est concrétisé par la signature d'un accord de partenariat avec la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) dès 2003, et, en 2007, avec la Conférence des directeurs d'IUFM (CDIUFM). L'Inpes, par son expertise et son savoir-faire, contribue à développer l'éducation à la santé en milieu scolaire, notamment par l'élaboration de nombreux documents et outils à destination des écoles et des établissements scolaires. Le partenariat entre l'Inpes et le milieu scolaire ne se traduit pas uniquement par la diffusion de documents en direction des personnels et des élèves : il concerne également l'élaboration d'une stratégie commune pour améliorer et promouvoir la santé des élèves.*

*La formation des enseignants à l'éducation à la santé est un élément central de cette stratégie commune. En effet, l'ensemble de la communauté éducative a un rôle à jouer pour promouvoir la santé des élèves et les enseignants, comme d'autres, sont appelés à participer à la promotion de la santé des élèves. Les études[2] sur le sujet indiquent que de leur formation va dépendre en grande partie leur implication dans ce domaine. C'est pourquoi il a semblé important pour l'Inpes de se préoccuper d'un tel sujet et de soutenir une publication en ce sens. C'est un expert du champ, Didier Jourdan, professeur des universités, qui a rédigé cet ouvrage. Il a pour angle d'approche le point de vue des principaux intéressés et leurs représentations dans ce domaine. Cette approche peut également permettre de concourir à une meilleure compréhension des enjeux propres à l'Institution scolaire par les professionnels de la santé publique.*

*Je formule le vœu qu'il constitue un élément de dialogue fructueux entre l'ensemble des professionnels œuvrant à la promotion de la santé des élèves.*

**Thanh Le Luong**
Directrice générale de l'Institut national
de prévention et d'éducation pour la santé

**2.** Jourdan D., Piec I., Aublet-Cuvelier B., Berger D., Lejeune M., Laquet-Riffaud A., Geneix C., Glanddier P. Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé Publique*, 2002, vol. 14, n° 4 : p. 403-423.

# Préface

*Quand l'Inpes et le réseau des IUFM m'ont demandé de préfacer l'ouvrage écrit par Didier Jourdan sur la formation des enseignants en éducation à la santé en France, j'ai d'abord hésité. Même si je navigue depuis plus de trente-cinq ans dans le domaine qui, au Québec, a successivement été désigné sous les appellations « Éducation sanitaire » puis « Promotion de la santé », la formation des enseignants à ce domaine ne fait pas à proprement parler partie de mes champs d'expertise technique. Comme Didier Jourdan m'a souligné que davantage que le point de vue d'un expert technique, c'était le regard d'une personne extérieure à la France au courant des grands enjeux auxquels est confronté un peu partout notre domaine qu'il souhaitait, alors j'ai décidé de plonger. En effet, depuis les cours « d'Hygiène et bienséance » qui ont marqué mon enfance lorsque j'étais à l'école primaire dans les années 1950, les occasions m'ont été nombreuses d'observer, au Québec et ailleurs, les dilemmes que posent les interventions d'éducation à la santé en milieu scolaire. Depuis la fin des années 1980, j'ai observé avec intérêt l'évolution internationale du mouvement « Écoles en santé » impulsé par l'OMS, en parallèle avec une autre initiative visant à promouvoir les milieux en santé sur laquelle je fais de la recherche depuis 1986, « Villes santé ». Cela m'a aussi remémoré le fait que quand j'ai commencé à travailler en santé communautaire en 1974, une de mes premières tâches a été d'aider à faire évoluer le travail*

*des infirmières scolaires vers de nouveaux types de fonctions.*[1] *C'est donc à partir de ce regard que j'ai organisé autour de trois observations ce qui m'a particulièrement frappé dans l'ouvrage que vous avez entre les mains.*

*Première observation, et l'expression même « Éducation à la santé » nous le rappelle de manière incontournable, l'école – ce lieu central de la fonction éducative dans toutes les sociétés – est inévitablement interpellée lorsque l'on veut systématiquement éduquer à la santé l'ensemble d'une population. Qui plus est, à peu près partout dans les pays du Nord comme dans ceux du Sud où l'État est ou a été un acteur central de la dispensation de services publics à ses citoyens, les services de santé et ceux de l'éducation ont accaparé la belle part des budgets gouvernementaux. De gigantesques systèmes de santé et d'éducation ont ainsi été mis en place à la dimension de la planète qui, logique bureaucratique aidant, sont à peu près partout et toujours en mode de confrontation plutôt qu'en mode de collaboration. Il n'est donc pas étonnant que dans la première partie de l'ouvrage, le constat de la difficulté pour le monde de la santé en France d'interagir avec le monde scolaire soit fait. C'est le contraire qui aurait été étonnant. Paradoxe intéressant pour un œil étranger : ailleurs (au Québec, notamment), on a fait le choix de confier à d'autres qu'à des médecins le soin de porter le flambeau de la santé en milieu scolaire. Le fait d'avoir encore en France un corps de médecins scolaires participe peut-être, notoriété médicale aidant, à donner au monde de la santé un accès plus grand au système scolaire que dans les pays où ce corps de métier n'existe pas ou plus.*

*Seconde observation, toujours dans la première partie de l'ouvrage, l'auteur indique – et le sociologue en moi en est fort aise – la place de l'éducation à la santé dans la mission générale de l'École française et dans l'évolution de cette mission au cours du temps, avec les débats qu'elle a suscités et qu'elle suscite encore. Ce positionnement est fait non seulement en relation avec la littérature franco-française pertinente, mais aussi en utilisant de manière critique la littérature internationale de pointe dans le domaine. Ceci est tout à l'honneur de l'auteur, car, encore trop souvent, en promotion de la santé comme dans bien d'autres domaines, les productions provenant de l'Hexagone ont tendance à s'y limiter, se privant ainsi des richesses incommensurables de ce qui est produit ailleurs et qui circule principalement en anglais.*

*Troisième et dernière observation. Même si je ne maîtrise pas suffisamment les subtilités du système français de formation des*

---

**1**. O'Neill M. De la santé scolaire à la santé des jeunes : vers un nouveau rôle pour l'infirmière en santé communautaire ? *L'infirmière canadienne*, 1982, vol. 24, n° 6 : p. 14-18.

*enseignants pour être en mesure de poser un jugement totalement éclairé sur le réalisme et l'à-propos des suggestions qui y sont formulées, trois choses m'ont frappé dans la seconde partie de l'ouvrage qui me semblent militer en faveur du succès de cet ouvrage. D'abord et avant tout, le ton. Davantage qu'un ton prescriptif proposant des solutions uniformes et bétonnées pour l'ensemble du territoire français et pour toutes les situations possibles, des propositions « mur à mur », comme on les nomme au Québec en référence au tapis du même nom, l'ouvrage demeure au contraire ouvert à la diversité des situations et des contextes. Pour un observateur externe habitué aux approches très centralisées et au « parigocentrisme » qui ont souvent cours en France, cela est particulièrement rafraîchissant et probablement un gage appréciable de succès de l'approche proposée. En second lieu, comme pour ma seconde observation précédente, le recours à la littérature internationale de pointe pour ancrer les propositions d'action de cette seconde section me semble non seulement justifié, mais encore indispensable. Finalement, un autre élément qui me semble en dire long : ces propositions ont passé la rampe auprès de plus de 40 personnes, impliquées de près dans la formation des enseignants en éducation à la santé dans plusieurs ministères et régions de la France et, accessoirement, à l'étranger (Irlande et Liban). Ces personnes étant nommées d'entrée de jeu au début de l'ouvrage, il me semble que le principe de la participation communautaire, si souvent démontré en promotion de la santé comme un gage de succès, a été appliqué ici de manière fort convaincante.*

*En conclusion, j'espère que vous lirez cet ouvrage avec autant de plaisir que moi. Il est un exemple convaincant de ce que la France peut produire d'excellent, quand elle regarde au-delà des limites de la capitale en se mettant au rythme de la planète et de ses propres régions.*

**Michel O'Neill, Ph.D.**
Professeur titulaire en santé communautaire
et promotion de la santé
Université Laval, Québec, Canada
Membre du Conseil scientifique de l'Inpes

# Sommaire

# Avant-propos

## L'ÉDUCATION À LA SANTÉ, UNE DES MISSIONS DE L'ÉCOLE

*Dans notre pays, il n'y a rien d'évident à ce que l'École, dont la mission se cantonne à la sphère publique, prenne en charge le domaine de la santé qui relève d'abord du privé, de l'intime. Il n'existe pas non plus de consensus sur la façon d'aborder les questions de santé.* A minima *deux lectures émergent pour peu que l'on creuse l'argumentaire développé dans les différents discours. Il s'agit de la référence à la sécurité, d'une part, et de la référence à la promotion du bien-être individuel et social, d'autre part. La première se réfère à l'idée d'urgence préventive (si nous n'agissons pas maintenant les conséquences seront terribles dans le futur et risquent de mettre en cause l'équilibre même de notre société), la seconde renvoit à des fins plus larges (promouvoir le bien-être social, prendre du pouvoir sur sa santé et celle de la communauté). Si la première a été longtemps dominante, le double phénomène de l'émergence d'une éthique du bien-être individuel et d'une augmentation du degré d'exigence des individus vis-à-vis des États providence a conduit à donner plus de place à la seconde. Ces deux sources de légitimité coexistent dans le système éducatif et conduisent nécessairement à des façons différentes de percevoir le rôle de l'École et des enseignants.*

*C'est dans ce contexte, au cœur de tensions multiples, que le système éducatif, les professionnels qui le font vivre, comme ses partenaires, sont appelés à contribuer à l'éducation à la santé. La spécificité de l'action de l'École tient au fait qu'elle est nécessairement ordonnée au projet démocratique de notre pays. Comme le rappelle l'article premier de la Loi d'orientation sur l'éducation, « Outre la transmission des connaissances, la Nation fixe comme mission première à l'École de faire partager aux élèves les valeurs de la République ».*[1] *Le fondement de la démocratie est la confiance en la capacité du citoyen à agir de façon libre et responsable. Pour autant, cette capacité à décider soi-même, à prendre du pouvoir sur son existence, n'est pas innée. C'est l'éducation qui permet de la construire. En matière de santé, le rôle de l'École, et des autres acteurs de l'éducation – au premier rang desquels la famille – est ainsi d'accompagner les élèves dans leur apprentissage de la liberté et de la responsabilité. En d'autres termes, il s'agit de donner aux citoyens les moyens de décider par eux-mêmes et ainsi de ne pas laisser aux médias, aux marchands, aux gourous ou aux experts le soin de le faire à leur place.*

*Cette référence au « projet de l'École » a pour conséquence essentielle le fait que la santé ne saurait être considérée comme une fin en soi, comme le but ultime de l'existence. La santé, en régime démocratique, ne peut se substituer aux valeurs d'émancipation de chacun. Elle est une condition de possibilité de l'exercice plein et entier de la citoyenneté, non un objectif.*

*Disons-le clairement, il nous semble illusoire de tenter d'avancer sur la question de la formation des enseignants en éducation à la santé en faisant comme si tout relevait de l'évidence et que les seuls obstacles étaient l'ignorance (ils ne savent pas que l'affaire est grave, il suffit de le leur dire pour qu'ils en soient convaincus), la bonne volonté des acteurs (s'ils ne le font pas, alors c'est qu'ils résistent pour de mauvaises raisons, comprenons la nature des différents verrous pour être en mesure de les faire sauter) et le manque de temps (il y a d'autres priorités c'est vrai, mais il faut agir pour que la santé remonte dans la liste). La première étape d'un travail de formation est sans doute constituée par l'élucidation de ce qui est en jeu. C'est ce que nous tenterons de faire succinctement dans cet ouvrage.*

---

**1.** Loi n° 2005-380 du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'École.

## L'ÉDUCATION À LA SANTÉ DANS LA FORMATION DES ENSEIGNANTS

*Le cahier des charges de la formation des enseignants[2] accorde une place significative aux questions liées à la santé. Il précise que la formation des maîtres (§1.2 du cahier des charges) doit s'insérer dans un cadre commun national et s'appuyer sur « les textes officiels précisant les engagements éducatifs de l'Institution scolaire, notamment l'éducation à la santé et l'éducation à l'environnement pour un développement durable… ». Les questions de santé et de prévention relèvent des compétences professionnelles des maîtres (§3 du cahier des charges), à la fois comme objet d'enseignement avec l'ensemble des « éducations à… » et comme constitutives de la mission du fonctionnaire (agir de façon éthique et responsable) « pour le repérage des difficultés des élèves dans le domaine de la santé et des comportements à risque » et « pour la prise en charge des élèves en situation de handicap ». Enfin, la question du partenariat, centrale en éducation à la santé, est mise en avant : il s'agit de travailler en équipe et de coopérer avec les parents et les partenaires de l'École (notamment les personnels médicosociaux, les services de l'État…). D'une façon plus générale, le cahier des charges souligne la dimension éducative de l'exercice professionnel des enseignants et met en avant les capacités à inscrire sa pratique professionnelle dans l'action collective de l'école ou de l'établissement, ainsi qu'à communiquer avec les élèves et leurs parents. Aussi, ne conduit-il pas à l'émergence d'un nouveau domaine de formation. À l'opposé d'une logique de superposition, la formation en éducation à la santé est en fait appelée à constituer un ciment dans la formation. Tous les enseignants sont confrontés aux questions posées par les conduites à risque et s'interrogent sur la nature de la mission de l'École (doit-elle contribuer à la chasse aux fumeurs ou à la stigmatisation des gros ? Doit-elle contribuer à ce mouvement vers l'idéalisation du corps telle que nos sociétés individualistes tendent à le promouvoir ? Doit-elle au contraire renoncer à tout discours sur la sexualité, la violence ou la drogue ?) et sur la leur (en quoi puis-je, dois-je, contribuer à l'éducation des élèves sur ces objets qui, bien que fondamentaux, se situent à la frontière de la sphère publique et de la sphère privée ? Que dois-je dire à un élève qui consomme du cannabis ou présente des signes de mal-être ? Comment agir sur l'aliénation générée par les stéréotypes en ce qui concerne la*

---

**2.** Ministère de l'Éducation nationale. *Cahier des charges de la formation des maîtres en institut universitaire de formation des maîtres*. Arrêté du 19 décembre 2006, BOEN, n° 1, 4 janvier 2007.

*« ligne », l'alcool, la sexualité ?). La réalité de la vie quotidienne des établissements est telle que l'enjeu premier est toujours la gestion de crise, mais la question de la prévention et de l'éducation dans ce domaine se pose rapidement par la suite. Traiter, avec les étudiants et stagiaires, de telles « questions vives » de citoyenneté est un moyen de leur permettre de faire le lien entre divers apports tant académiques (scientifiques, historiques, juridiques, déontologiques…) qu'issus de leur expérience, et ainsi de se situer comme enseignant. L'éducation à la santé est l'un des éléments de la « culture commune » à tous les enseignants du primaire comme du secondaire.*

## PRENDRE EN COMPTE LES DIFFÉRENTES DIMENSIONS DE LA FORMATION

*Dans le domaine de l'éducation à la santé comme dans tous les autres, l'activité des enseignants ne consiste pas en la simple mise en œuvre de circulaires ou de programmes. Ce qui la conditionne est beaucoup plus complexe. Elle est dépendante, certes de paramètres institutionnels (prescriptions liées aux programmes, circulaires, projets d'établissement), mais aussi personnels (nature des représentations de l'enseignant quant à sa mission dans le champ de l'éducation à la santé, histoire personnelle) et liés au public (les élèves, leurs besoins, leurs attentes). La formation se doit de laisser une place à ces trois aspects complémentaires. Cela ne signifie pas que chaque module ou chaque séance doive conduire à les travailler tous, mais qu'il faut veiller à ce qu'ils soient pris en compte. En effet, mettre en œuvre une formation ne peut ainsi se limiter à prôner des bonnes pratiques. Il s'agit d'accéder à la compréhension des contradictions inhérentes au métier d'enseignant entre les exigences des apprentissages des élèves et celles de l'exercice réel du métier, pour offrir une formation réellement adaptée[3]. L'enseignant, comme tout professionnel, n'agit pas sous l'action de prescriptions, mais est un sujet pris dans un ensemble de contraintes de l'articulation desquelles va émerger son mode d'exercice de l'activité professionnelle. De la maternelle au lycée, « les enseignants prennent quotidiennement de multiples décisions dans bien d'autres buts que de favoriser les apprentissages des élèves : par exemple pour préserver l'affection que ceux-ci leur portent, pour ne pas « les mettre en échec », pour maintenir la paix sociale dans la classe, pour entretenir leur propre motivation ou pour*

---

**3.** Goigoux R. Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants. *Éducation et didactique*, 2007, vol. 1, n° 3 : p. 47-70.

*économiser leurs forces. Tous s'efforcent de trouver en classe un bien-être suffisant pour « tenir » chaque jour ou « durer » toute une carrière[4] ».*

*Le fait de se situer dans un champ marginal de l'activité enseignante rend nécessaire la prise en compte des différents déterminants de l'activité en éducation à la santé, mais aussi de travailler sur l'articulation de l'éducation à la santé aux autres dimensions du métier, car elle n'est pas au cœur de l'identité professionnelle des enseignants.*

*Ainsi, la formation des enseignants en éducation à la santé ne se limite-t-elle pas à organiser des séances d'information sur les différents thèmes liés à la santé. C'est en articulation étroite avec les autres dimensions du métier d'enseignant, aujourd'hui, et en se situant au cœur de la dynamique de redéfinition du métier que cette question peut avancer.*

**Didier Jourdan**
Professeur des universités
IUFM d'Auvergne
Université Blaise-Pascal, Clermont-Ferrand II

4. *Ibidem.*

# Mode d'emploi

Si je veux réussir
à accompagner un être vers un but précis,
je dois le chercher là où il est
et commencer là, justement là.
Sören KIERKEGAARD[1]

Cet ouvrage propose une réflexion approfondie sur la problématique de la formation en éducation à la santé en milieu scolaire. Son objectif est de mettre au jour les différentes dimensions de la question et de les éclairer grâce aux apports de quelques cadres théoriques et à notre expérience de formateur. Sa vocation première est l'élucidation de ce qui est en jeu. Il ne s'agit donc ni de proposer une recette miracle ni de lire cette problématique à travers le prisme d'une théorie unique. Les repères proposés offrent différentes grilles de lecture pour penser la formation. La finalité de ce livre est ainsi de rendre explicites les différentes tensions générées par la pratique de la formation en éducation à la santé et d'offrir au lecteur quelques-unes des clés disponibles pour les prendre en charge.

Destiné à l'ensemble des acteurs de la formation des enseignants, il ne prétend pas pour autant éclairer le problème à partir

**1.** Cité dans Britt-Mari B. *Le savoir en construction. Former une pédagogie de la compréhension*. Paris : Éditions Retz, 1993 : p. 175.

de tous les angles d'attaque possibles. Le regard qu'il propose est un regard situé, puisqu'il se place du point de vue de l'École et des structures de formation. D'autres sont tout aussi légitimes, notamment si l'on aborde la question à partir des problématiques de santé publique.

C'est aussi un guide contextualisé. Son contenu n'a pas vocation à avoir une validité universelle. Il n'est pas transposable directement à d'autres contextes de formation pour lesquels les publics, les missions, les cadres institutionnels et éthiques sont différents.

Il est possible de l'utiliser de façon ponctuelle dans le but de répondre à une question posée par la pratique, d'approfondir un point particulier ou de rechercher les fondements théoriques. Il peut bien évidemment aussi être abordé comme un tout, puisqu'il propose un cheminement cohérent.

Nous ne le concevons pas comme un manuel, car la nature de l'activité professionnelle des formateurs ne les place pas en situation d'exécution de protocoles décidés par les autres. Le professionnel de la formation est appelé à « réunir les compétences du concepteur et celles de l'exécutant : il identifie le problème, le pose, imagine et met en œuvre une solution, assure son suivi. Il ne connaît pas d'avance la solution des problèmes qui se présenteront dans sa pratique[2] ». Cet ouvrage pourra ainsi prendre place parmi de multiples sources d'information que le formateur a l'habitude de mettre à contribution pour orienter son action et nourrir un retour réflexif sur sa pratique.

La nature même de la formation en éducation à la santé en fait un domaine commun à une large diversité d'acteurs. Cet ouvrage a ainsi été conçu comme un objet à partager entre professionnels de diverses disciplines et d'origines institutionnelles variées. Il ne constitue pas un guide du « bon formateur » que chacun, quelle que soit sa position, serait invité à mettre en application, mais plutôt un support pour un travail commun. Sa rédaction a, en tout cas, été pensée dans le but d'aider à l'émergence d'une culture commune aux différents acteurs dans le cadre d'un travail en partenariat. Les éléments qui le constituent ne manqueront pourtant pas d'être reçus différemment selon que les personnes soient enracinées dans des universités, des inspections d'académie, des rectorats, d'autres services de l'État ou des collectivités territoriales, des mutuelles ou des associations. Pour peu qu'elles soient impliquées dans un travail commun (la préparation d'un plan de formation, la rédaction de documents ou l'organisation d'un module par exemple), l'expression de

---

**2.** Perrenoud P. *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*. Paris : ESF éditeur, coll. Pédagogies, 2006 : 227 p.

ces regards différents sera propice à l'élucidation de ce qui se joue dans la formation. C'est le fait que les échanges aient lieu « en situation », dans un groupe tendu vers un but commun, qui ouvre la voie à l'émergence d'une culture commune aux acteurs présents dans ce contexte précis.

Il convient de préciser ici que ce guide est directement complémentaire de deux documents publiés par l'Inpes à destination des professionnels du champ. Il s'agit de l'ouvrage *Éducation à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet* de S. Broussouloux et N. Houzelle-Marchal et de celui coordonné par M. Bantuelle et R. Demeulemeester, *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*.

Il propose une démarche en trois étapes. La première est centrée sur la mise en évidence du contexte dans lequel se développe la formation des enseignants dans ce domaine spécifique des « éducations à... ». Dans la seconde sont définis le champ de l'éducation à la santé à l'École et le rôle des enseignants. La dernière porte sur les cadres théoriques susceptibles d'aider à rendre explicite ce sur quoi sont fondés les modules de formation et les conditions de mise en œuvre concrète de la formation des enseignants en éducation à la santé. Les références théoriques proposées fonctionnent comme des grilles de lecture de l'expérience. Sans permettre de tout prévoir et de tout contrôler, elles aident à rendre explicite ce sur quoi est basée l'action, à donner du sens, à formuler des hypothèses interprétatives.

Enfin, nous avons rédigé des fiches de synthèse. Elles sont placées à la fin de chacun des chapitres. Le lecteur pourra, s'il le souhaite, s'y reporter directement et n'entreprendre la lecture du texte que pour préciser tel ou tel point. Certaines idées-clés sont délibérément reprises au fil du document de façon à permettre cette lecture autonome des chapitres.

Expliciter ce qui se joue, offrir des pistes de réflexion, témoigner de la façon dont les uns et les autres ont géré les tensions pour permettre aux acteurs, dans les contextes spécifiques qui sont les leurs, de tracer leur propre chemin, tels sont les objectifs de cet ouvrage et de l'outil de formation auquel il est également intégré[3]. Souhaitons qu'il contribue à soutenir les professionnels dans leur action au service de l'éducation et de la santé publique.

---

3. Cet ouvrage fait partie de l'outil de formation *Profédus* édité par l'Inpes et l'IUFM d'Auvergne et composé également d'un DVD-Rom, d'un photoformation complet et de nombreuses fiches thématiques qui guident l'intervenant dans sa démarche formative.

Cette première partie a pour objet de rendre explicite la façon dont se pose la question de la formation des enseignants dans le domaine de l'éducation à la santé. En effet, cet ouvrage prend place dans un contexte bien spécifique tant en ce qui concerne les attentes sociales, le cadre institutionnel, les représentations et pratiques des acteurs, que le public ou les problématiques de santé publique… Puisqu'il existe plusieurs façons d'analyser le contexte, il est nécessaire de spécifier ici celle sur laquelle cet ouvrage a été élaboré. Le regard est porté du point de vue de l'École.

En tout état de cause, il nous faut tenir ensemble les différentes contraintes de la formation des enseignants ici et maintenant. Il s'agit de se situer entre utopie béate et réalisme conservateur[1]. Il serait, en effet, bien peu pertinent de définir une formation beaucoup trop en avance sur l'évolution du métier dans les établissements en faisant comme si l'éducation à la santé était une préoccupation quotidienne pour tous les acteurs de l'école. Il serait tout aussi inadapté de coller de trop près à la situation présente en limitant la formation à l'éducation pour la santé aux enseignants qui, de par leur discipline d'appartenance, transmettent des connaissances relatives à la santé. Les enseignants en formation initiale aujourd'hui doivent pouvoir traverser, en les maîtrisant, les transformations probables du métier auxquelles ils seront confrontés au cours de leur cycle de vie professionnel, soit entre 2009 et au minimum 2049… Il s'agit de penser le métier pour aujourd'hui comme pour demain et de tenter d'identifier ce sur quoi les enseignants pourront s'appuyer pour contribuer à la réussite scolaire et à la santé de leurs élèves.

**1.** Perrenoud P. *La formation des enseignants entre théorie et pratique*. Paris : L'Harmattan, 1994 254 p.

# Le contexte de la formation des enseignants à l'éducation à la santé

# Du point de vue de l'école, une problématique marginale ?

## UNE QUESTION SECONDAIRE EN REGARD DES DÉFIS QUE L'ÉCOLE EST APPELÉE À AFFRONTER ?

L'École doit faire face en permanence à de multiples sollicitations. Elle consitue un lieu de convergence des principales préoccupations de la société. Parmi la multitude de missions qui lui sont confiées, comment situer la place de l'éducation pour la santé ? Il est aisé de montrer que la problématique de l'éducation à la santé n'est pas sans lien avec les principales questions posées à l'École aujourd'hui, qu'elle est en fait l'une des expressions des mutations en cours au sein de notre système éducatif **[1]**. L'éducation à la santé, pour peu qu'elle ne soit pas pensée comme la transmission de règles intangibles, se révèle être un excellent support pour rendre explicites les tensions existant entre les dimensions potentiellement antagonistes de l'activité des professeurs et explorer les façons de les réduire.
L'éducation à la santé est, en fait, constitutive de toute éducation humaine. Dans le patrimoine transmis par toutes les civilisations, les prescriptions relatives à la santé tiennent une place importante. Ceci est valable pour notre société et, dès son origine, l'École républicaine s'est située comme acteur de santé publique **[2]**. L'idée selon laquelle c'est pendant l'enfance que peuvent être acquis des comportements positifs vis-à-vis de la santé a conduit les autorités politiques à lui assigner une mission de prévention. Des leçons de morale sur l'hygiène, la tuberculose ou l'alcoolisme de la fin du siècle dernier à l'intégration de l'éducation à la santé dans les programmes, le socle commun de connaissances et de compétences ou les thèmes de convergence, l'École

a toujours été un des principaux lieux de prévention et d'éducation à la santé **[encadré 1]**. Pour autant, l'expression de cette éducation dans le champ de la santé a pris des formes différentes au cours du temps et doit sans cesse être renouvelée.

## ENCADRÉ 1

**Extrait de l'ouvrage « Cours d'hygiène – écoles normales (filles) – troisième année » publié en 1920 chez Nathan. L'école et les enseignants y sont des instruments de santé publique[1]. « L'hygiène doit être catéchisée à l'école primaire comme à l'école normale ; c'est à l'école et par l'école qu'elle pénétrera réellement dans les mœurs. »**

En France, ce n'est que depuis 1902 que nous possédons une loi sur la protection de la santé publique et sur l'organisation sanitaire, et il est prématuré de dire qu'elle fonctionne complètement à l'heure actuelle. Dans les grands centres, des bureaux d'hygiène ont été créés pour veiller à la salubrité publique ; mais, dans les petites villes et les campagnes, tout reste encore à faire. Presque partout l'opinion publique est encore à éclairer, et ce n'est que lorsque, de sa propre initiative, elle secondera les prescriptions administratives, que celles-ci ne resteront pas lettre morte et que les principes hygiéniques entreront réellement dans les mœurs !

Les prescriptions hygiéniques sont parfois gênantes pour le gros public en ce qu'elles l'obligent à rompre avec des habitudes séculaires ; aussi est-il nécessaire qu'elles soient bien comprises pour être acceptées au lieu d'être subies.

Il ne suffit pas en effet, comme le dit le professeur Vidal, de promulguer une loi d'hygiène, il faut assurer son application. Sa bonne exécution nécessite l'effort individuel de chaque citoyen ; il faut donc commencer par faire comprendre cette loi. On ne peut arriver à ce résultat qu'en initiant les jeunes générations aux principes fondamentaux qui servent de base aux prescriptions hygiéniques, principes qui doivent être parmi les premières empreintes qui frappent le cerveau de l'enfant. L'hygiène doit être catéchisée à l'école primaire comme à l'école normale ; c'est à l'école et par l'école qu'elle pénétrera réellement dans les mœurs.

---

1. On retrouve cette idée dans de nombreux textes, par exemple le rapport Flageolet (*Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*, avril 2008) sur cette question. « L'école est donc le premier vecteur public et collectif de santé. Des connaissances sanitaires, adaptées aux âges pertinents, doivent être inculquées, notamment par les professeurs des écoles. Il est, en effet, indispensable de faire assimiler des messages relatifs à la préservation du patrimoine santé qui permettront, par la suite, de replacer dans leur contexte les messages de la culture du risque (infections sexuellement transmissibles, contraception, addictions…) diffusés à partir du collège. » (p. 52) et « Cependant, pour diffuser une culture de la santé pour tous et amener les esprits à s'approprier l'idée de la gestion par chacun de son patrimoine santé, il est nécessaire d'utiliser de nombreux vecteurs et de répéter inlassablement un même message cohérent. Il s'agit de permettre aux personnes, quel que soit leur âge, d'intégrer dans leur schéma de pensée les avancées en matière de santé. C'est pourquoi il convient de s'appuyer sur ce que les personnes ont de plus cher pour multiplier le message en leur direction avec une meilleure chance d'atteinte. C'est ce qu'ont bien compris les publicitaires qui utilisent les enfants pour faire acheter les produits qu'ils promeuvent. » (p. 53)

## UNE INFLATION DES MISSIONS CONFIÉES AU SYSTÈME ÉDUCATIF

Qu'est-ce qu'être enseignant ? Aujourd'hui, c'est peu dire que l'identité enseignante est en crise[1]. La référence exclusive à la transmission n'est plus de mise… Comme le souligne Philippe Meirieu **[3]**, « *l'École est écartelée entre des fonctions multiples et contradictoires : enseigner la maîtrise des langages traditionnels et initier aux nouvelles technologies, transmettre un patrimoine et permettre la compréhension des situations contemporaines, prendre en compte les différences et garantir une culture commune, faire réussir aux examens et apprendre les règles de la vie en société, former au respect de l'environnement et à la sécurité routière, éduquer à la santé, prévenir le sida, informer sur les dangers des toxicomanies et bien d'autres choses encore* ». Il y a bien une inflation des missions confiées à l'École. Il n'est pas raisonnable de penser la prise en compte de la santé à l'École sur le modèle de l'ajout d'une mission supplémentaire. La question principale à laquelle nous sommes confrontés est celle de la cohérence de l'ensemble de ces dimensions au sein d'une définition renouvelée du métier d'enseignant **[4]**. Promouvoir la santé[2] à l'École c'est d'abord permettre que les acteurs se situent dans un contexte institutionnel suffisamment favorable pour qu'ils puissent assumer pleinement leur mission éducative.

En premier lieu, il convient donc de penser la place de ces questions dans la vie de l'école et le métier des enseignants. Il importe aussi de s'interroger sur la façon dont la formation peut contribuer à aider les enseignants à se construire une identité professionnelle qui leur permette d'être en mesure de faire face aux défis d'aujourd'hui et de demain. Cela signifie évidemment que la perspective dans laquelle nous nous situons ne consiste en rien à quémander pour obtenir quelques heures pour un module de formation, mais plutôt de montrer qu'en synergie avec d'autres « éducations à… » (environnement, droit, média, économie, consommation…), la visée d'une éducation citoyenne adaptée aux enjeux de ce temps se situe au cœur du métier de tous les enseignants.

La place de l'éducation à la santé à l'École ne se pose donc pas en terme d'empilement de domaines de savoirs, mais bien comme un moyen de

---

**1.** Le fait que la profession enseignante soit en crise ne signifie pas que nous ayons à faire à une situation exceptionnelle. En 1899 déjà, dans son *Enquête sur l'enseignement secondaire, rapport général à la chambre des députés*, H. Ribot écrivait : « Nous avons recherché avec la plus grande sincérité les causes du malaise de l'enseignement secondaire. » De la même manière, dans son introduction, le rapport de L. Joxe, *La fonction enseignante dans le second degré. Rapport au ministre de l'Éducation nationale*, publié en 1972, soulignait : « On ne saurait aborder les problèmes posés par le malaise des enseignants, et plus généralement par la crise de l'enseignement, sans poser d'abord les éléments quantitatifs de ces problèmes. » Ces deux citations proviennent du *Livre vert sur l'évolution du métier d'enseignant* rédigé sous la présidence de Marcel Pochard remis au Premier ministre le 4 février 2008 qui tente d'analyser les questions posées aujourd'hui et propose des pistes politiques pour y répondre. Sans doute peut-on émettre l'hypothèse selon laquelle la position de l'École au cœur des tensions sociales et dans un écartèlement perpétuel entre « ce qui est » et « ce qui devrait être » conduit à des réajustements permanents qui ne sont pas sans conséquences sur les personnels.

**2.** La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. Elle sera définie au chapitre « Du point de vue de la santé publique, un enjeu central », p. 36.

réinterroger le métier d'enseignant et de renforcer la colonne vertébrale de l'École : l'éducation du citoyen. En d'autres termes, il s'agit de viser à ce que l'éducation à la santé contribue à soutenir les forces centripètes au service d'une vision unifiée de la mission de l'enseignant plutôt que les forces centrifuges génératrices d'émiettement.

## L'ÉDUCATION À LA SANTÉ : UNE DIMENSION PÉRIPHÉRIQUE DE L'ACTIVITÉ DES ENSEIGNANTS MAIS…

Pour autant, ce travail de mise en lien se heurte au fait que bien des professionnels de l'École ne sont pas demandeurs d'une réflexion relative à l'éducation à la santé. Force est de constater que l'implication dans des dynamiques collectives d'éducation à la santé reste minoritaire, notamment en second degré **[5]**. Pour l'immense majorité des acteurs de l'École, l'éducation à la santé reste une activité qui ne fait pas partie du cœur de la mission dont ils se sentent investis. Comment les en blâmer quand la plupart des concours de recrutement d'enseignants n'accorde quasiment aucune place à ces aspects et quand la majorité des acteurs en place sur le terrain aujourd'hui n'a bénéficié d'aucune formation.

Plus fondamentalement encore, il est ici question de représentation sociale des métiers. Un jeune étudiant en sciences physiques qui tente aujourd'hui d'obtenir le Capes a-t-il les moyens d'identifier que sa tâche de professeur dépasse de loin la transmission de savoirs disciplinaires ? Ces quelques éléments soulignent l'importance d'un réel travail sur ce qui fonde l'identité professionnelle des enseignants.

De plus, l'analyse des représentations des acteurs montre l'influence majeure de leur formation initiale, de leurs missions et de leur statut sur la perception qu'ils ont de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Des travaux sur ce sujet ont été conduits auprès des enseignants du primaire **[6]** et des professeurs d'éducation physique et sportive (EPS) du second degré **[7]**. La première étude souligne que le fait d'avoir reçu une formation a un impact significatif sur la mise en œuvre d'un travail en éducation à la santé. La seconde montre que l'identité professionnelle des acteurs constitue le prisme à travers lequel ils forgent leurs propres représentations de l'éducation à la santé et de leur rôle dans ce domaine. Chez les professeurs d'EPS, c'est une conception de l'éducation à la santé à la fois liée à la fonction cardiaque, à l'effort, à l'endurance et à la préparation à cet effort qui domine. Être en bonne santé (et s'y préparer), c'est être un sujet en action, en quelque sorte « énergétiquement » en action.

Un enjeu fort se dessine ici. Les formations ne peuvent faire l'impasse sur cette diversité. Il importe de prendre en compte les spécificités individuelles, mais aussi collectives des représentations de la mission de l'École dans le domaine de l'éducation à la santé. Il s'agit de prendre les personnes « là où elles sont », d'identifier ce qui peut constituer un support à la construction de compétences et donc orienter les contenus et les méthodes de formation. En tout état de cause, la nature même de l'objet « éducation à la santé en milieu scolaire » conduit à accepter la coexistence de différentes lectures légitimes de

l'objet ayant leur consistance propre. L'objectif n'est pas d'arriver à une uniformisation des façons de voir le rôle de l'École dans ce domaine, mais plutôt de rendre explicites les différentes lectures. Pour cela, il s'agit de permettre aux différents professionnels de partager une culture commune leur permettant d'expliciter leur contribution et de la rendre lisible pour les autres acteurs. Dans cet esprit, la première finalité de la formation initiale est de permettre aux étudiants et aux stagiaires d'identifier que les « éducations à... » font partie du « contrat » et qu'ils ont un rôle spécifique à jouer dans ce domaine.
Tenir compte de ce qui structure cette identité, c'est aussi accepter une diversité d'angles d'attaque pour les formations en éducation à la santé, c'est consentir d'abord à « parler la langue » de ceux que l'on prétend accompagner dans leur progression. Si, pour des professeurs des écoles, un travail sur la prise en compte globale de l'enfant à l'école est susceptible d'être mobilisateur, ce n'est pas le cas, dans un premier temps au moins, pour des enseignants du second degré pour qui l'entrée disciplinaire est prépondérante. Pour eux, c'est plutôt l'activité de classe dans ses dimensions didactique (disciplinaire) et pédagogique (plus générale : motivation des élèves, gestion de classe, lien entre bien-être scolaire, santé et réussite scolaire...) qui peut constituer un support. Ceci est encore différent pour les autres professionnels du milieu scolaire. Pour les chefs d'établissements ou les conseillers principaux d'éducation (CPE), les entrées concerneront plus particulièrement la prévention des conduites à risque, le climat d'établissement, le développement d'un travail collectif... Du côté des personnels de santé et sociaux, il s'agit sans doute d'enraciner la formation sur le développement de compétences relatives à la fonction de conseillers techniques qui est la leur dans le domaine de la promotion de la santé. En ce qui concerne les personnels de service, c'est leur contribution à un environnement physique favorable au bien-être et à la santé de tous qui peut constituer un angle d'attaque pertinent.

Dans tous les cas, c'est bien à partir des représentations que se font les acteurs de leur mission dans le domaine de l'éducation à la santé qu'un travail de formation pourra être entrepris.
Ceci étant, il convient de souligner que même si l'éducation à la santé n'est pas un objet central dans l'activité professionnelle de l'école, elle n'est pas pour autant absente du paysage. Une étude récente conduite auprès de 207 personnes travaillant dans cinq collèges a montré que 89 % des professionnels se sentaient impliqués dans l'éducation à la santé. Ils se situent essentiellement en tant qu'éducateurs dans le quotidien de la vie de l'établissement. La fraction des personnels qui prennent part, même très modestement, à des démarches collectives est, quant à elle, limitée à 23 % **[8]**. En tout état de cause, que l'on s'arrête sur le fait que moins d'un quart des professionnels contribuent d'une façon ou d'une autre à une action identifiée en éducation à la santé, ou que l'on mette en avant que neuf acteurs sur dix se positionnent comme éducateurs dans ce domaine, on ne peut considérer l'école comme un terrain vierge qu'il s'agirait de conquérir.

Permettre à chacun des acteurs de l'École de percevoir que travailler individuellement et collectivement à l'éducation à la santé dans les établissements scolaires est bien constitutif du cœur de leur mission est un enjeu majeur pour la formation initiale et continue. Encore faut-il, pour cela, accepter de concevoir l'éducation à la santé comme visant l'émancipation des élèves (leur donner les moyens de choix libres et responsables en matière de santé) et la création des conditions de possibilité de la réussite de tous les élèves (*via* le développement des compétences personnelles et sociales et la création d'un environnement scolaire favorable), plutôt que comme un moyen de transmettre de l'information sanitaire.

## L'ÉDUCATION À LA SANTÉ : UN OBJET QUI TROUVE DIFFICILEMENT SA PLACE DANS LE CHAMP SCOLAIRE

Aujourd'hui, l'éducation à la santé reste, pour nombre de professionnels, un objet périphérique. Il est difficile en effet de tenir ensemble une référence aux savoirs académiques et à l'acte d'enseignement, d'une part, et l'appel à une implication dans des dynamiques qui transcendent tant les disciplines que les modes de travail habituels, d'autre part.
L'éducation à la santé n'est pas une « discipline », c'est un objet « mouvant », résistant à toute transmission descendante. Ce que Jean-Louis Martinant qualifie (à propos de l'éducation à l'environnement) de « forme scolaire non disciplinaire[3] ». Ces formes se fondent sur une « morale provisoire à construire » et non sur des connaissances universelles. Il s'agit ainsi d'agir en contexte d'incertitude, ce que la santé publique a l'habitude de faire mais pas le système éducatif puisqu'il est basé sur la référence à des savoirs universels. L'éducation à la santé remet l'Homme au centre du débat, alors qu'une grande part des disciplines a été construite en se décentrant de la question de l'Homme pour aller vers l'universel. En tout cas, il n'y a pas un corpus univoque de connaissances et de méthodes qu'il suffirait de transmettre à un enseignant, un chef d'établissement, un infirmier, un médecin, un assistant social ou un partenaire de l'école pour lui permettre de devenir acteur d'éducation à la santé. Comme le souligne la circulaire relative à l'éducation à la santé de 1998 **[9]**, les dispositifs de formation continue sont « toujours fondés sur la globalité de l'éducation à la santé et plus largement de l'action éducative… ». La formation ne peut faire l'impasse sur cette complexité et se doit de l'intégrer.

> L'éducation à la santé n'est ainsi pas « en soi », un objet nouveau mais plutôt une « forme scolaire non disciplinaire » qui, aujourd'hui, trouve difficilement sa place dans les enseignements **[10]**.

3. « Nous entendons par formes scolaires, un ensemble d'activités menées par les enseignants et leurs élèves repérables parmi d'autres formes d'activité, en particulier en raison de leurs visées éducatives, répondant aux exigences officielles et faisant l'objet d'une organisation spécifique s'inscrivant dans le curriculum scolaire des élèves ». Martinand J.-L. *Séminaire de travail conjoint IUFM de Versailles-UIMM.* Paris, 2003.

Ce qui fait débat, ce n'est pas tant l'objet « santé » en lui-même (personne ne conteste l'idée selon laquelle l'École a à jouer un rôle dans ce domaine) que sa place dans le champ scolaire et la nature de la contribution des acteurs. La période au cours de laquelle le maître d'école transmettait un savoir univoque, montrait la voie du Bien (une vie saine) et la voie du Mal (une vie de débauche) au cours des leçons de morale est maintenant révolue. Il est évident que la question se pose différemment aujourd'hui de la façon dont elle émergeait en cette fin du XIXe siècle marqué par l'hygiénisme. Dans le monde contemporain où le paraître tient une place grandissante, peut-on souhaiter que l'École contribue à la promotion d'un unique mode de vie « sain », voire à l'idéalisation du corps ? En un temps où il est essentiellement question d'intérêt particulier, peut-on attendre de l'École qu'elle se transforme en pourvoyeuse d'informations sanitaires au gré des modes et de l'efficacité de telle ou telle campagne de communication ? Non, éduquer à la santé à l'École aujourd'hui c'est conduire chacun à se construire en référence aux conduites à risque (drogues illégales, alcool, tabac, prise de risque routier, violence...), à être capable de prendre soin de soi et de respecter les autres (dans les domaines de la nutrition, des addictions ou de la sexualité par exemple). Pour l'École du XXIe siècle, éduquer à la santé, c'est permettre aux élèves de faire des choix éclairés et responsables, de garder leur liberté vis-à-vis des drogues mais aussi des stéréotypes ou de la pression des médias et des pairs.

**Ainsi l'éducation à la santé n'est pas l'affaire de spécialistes, elle relève de l'action quotidienne des adultes en charge de l'éducation des enfants, au premier rang desquels les parents et les enseignants. Les experts, notamment ceux issus du secteur de la santé, sont au service du projet éducatif porté par les parents et les enseignants.**

## Bibliographie


[1] Meirieu P. *École, demandez le programme*. Paris : ESF éditeur, 2006 : 160 p.

[2] Nourrisson D. *Éducation à la santé : XIX-XXe siècle*. Rennes : ENSP, 2002 : 158 p.

[3] Meirieu P. Transmettre, oui mais comment ? [Dossier Qu'est-ce que transmettre ?]. *Sciences humaines*, 2002, n° 36. En ligne : http://www.scienceshumaines.com/transmettre-2c-oui-mais-comment-_fr_12522.html [dernière consultation le 16/10/2009]

[4] Obin J. P. *Enseigner, un métier pour demain. Rapport au ministre de l'Éducation nationale*. 2002 : 149 p. En ligne : http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000193/0000.pdf [dernière consultation le 16/10/2009]

[5] Chi-Lan Do, Alluin F. *L'éducation à la santé et à la sexualité à l'école et au collège en 2001-2002*. Note d'information DPD D3, avril 2003 : 6 p. En ligne : ftp://trf.education.gouv.fr/pub/edutel/dpd/ni0323.pdf [dernière consultation le 16/10/2009]

[6] Jourdan D., Piec I., Aublet-Cuvelier B., Berger D., Lejeune M. L., Laquet-Riffaud A. Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé publique*, 2002, n° 41 : p. 403-423.

**[7]** Jourdan D., Bertin F., Fiard J., Vaisse J. Éducation à la santé en collèges et lycées. Pratiques et représentations des enseignants d'EPS en région Auvergne. *Éducation à la santé et activité physique et sportive* [colloque]. Colloque AFRAPS, Dunkerque, mars 2003.

**[8]** Leyrit É., Simar C., Friaud L., Jourdan M. H., Jourdan D. *Les personnels des établissements du second degré et l'éducation à la sante et à la citoyenneté : les résultats d'une étude qualitative*. Congrès AREF. Strasbourg, 2007 : 11 p.
En ligne : http://www.congresintaref.org/actes_pdf/AREF2007_Emilie_LEYRIT_489.pdf [dernière consultation le 16/10/2009]

**[9]** Ministère de l'Éducation nationale. *Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège*. Circulaire n° 98-237, BOEN, n° 45, 3 décembre 1998.

**[10]** Vincent G., dir. *L'éducation, prisonnière de la forme scolaire*. Lyon : PUL, 1994 : 227 p.

# Du point de vue de la santé publique, un enjeu central

## LE SYSTÈME ÉDUCATIF, ACTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

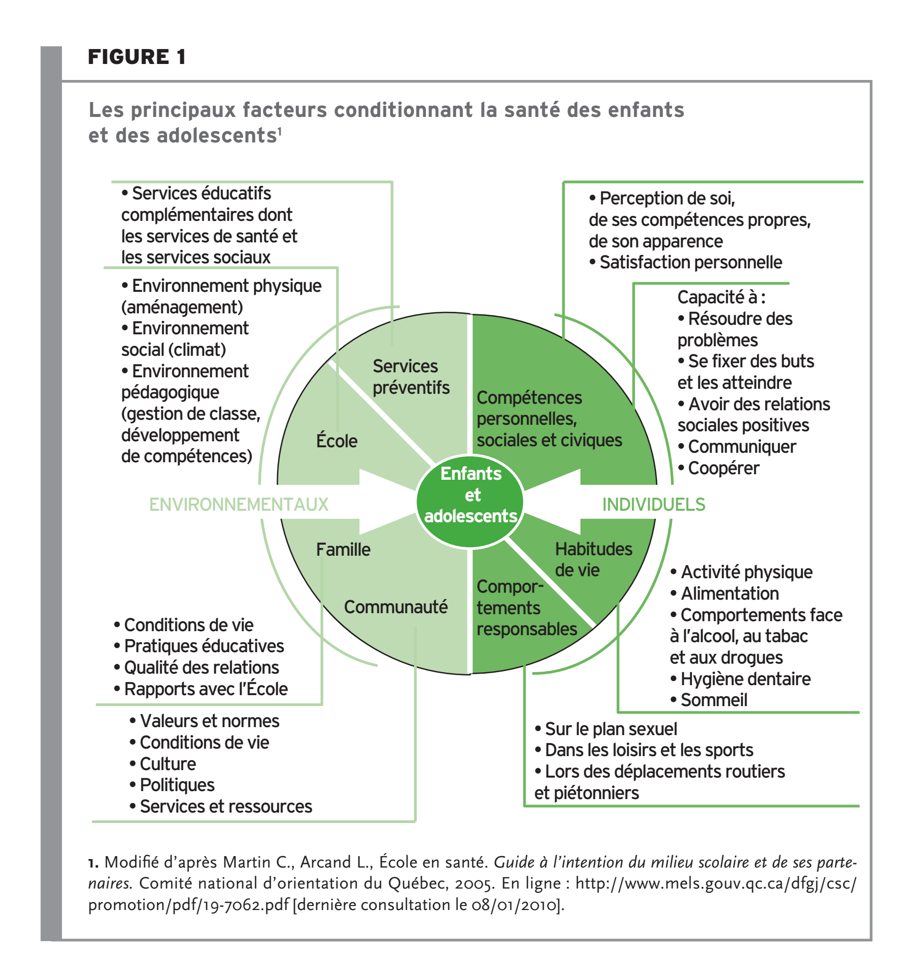
Lorsqu'il s'agit de légitimer l'action de l'École en matière de santé, les arguments viennent rarement de la sphère éducative. L'idée selon laquelle l'éducation à la santé est une dimension de l'éducation à la citoyenneté, qui vise à accompagner les élèves vers la liberté et la responsabilité en matière de santé, est donc peu évoquée. Ce sont plus généralement des justifications issues du champ de la santé publique qui sont avancées… Aussi, les argumentaires sont bâtis en référence soit à l'idée d'urgence préventive (si nous n'agissons pas maintenant, les conséquences seront grandes dans le futur), soit à des fins plus larges (promouvoir le bien-être social, prendre du pouvoir sur sa santé et celle de la communauté). L'école constitue l'un des milieux de vie des enfants et des adolescents ; elle est donc appelée à contribuer, comme la famille ou la communauté (quartier, village…), à l'amélioration de leur santé **[figure 1]**.

Plus généralement, trois approches sont reconnues comme pertinentes pour promouvoir la santé **[1]**. Elles sont ciblées sur des populations (population générale, personnes âgées, enfants, personnes atteintes de maladie chronique, sportifs de haut niveau, etc.), des thèmes (addictions, obésité, sécurité, etc.) ou des milieux de vie (monde du travail, lieux de soin, quartier, milieu

> **L'appel à la prise en compte de la santé à l'École émane plus souvent de sources externes au système éducatif plutôt que de sources internes.**

**FIGURE 1**

**Les principaux facteurs conditionnant la santé des enfants et des adolescents**[1]




1. Modifié d'après Martin C., Arcand L., École en santé. *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires.* Comité national d'orientation du Québec, 2005. En ligne : http://www.mels.gouv.qc.ca/dfgj/csc/promotion/pdf/19-7062.pdf [dernière consultation le 08/01/2010].

scolaire, etc.). L'École est au carrefour de toutes ces approches et apparaît donc comme un acteur privilégié des stratégies de santé publique :

- l'École est le lieu où tous les individus d'une même classe d'âge sont réunis ;
- l'École est le lieu où des démarches de prévention centrées sur des thèmes spécifiques sont mises en œuvre ;
- l'École constitue en soi un milieu de vie spécifique.

Cet appel à la mobilisation du système éducatif est pleinement légitime. Ceci est d'autant plus vrai que l'École est l'un des outils à la disposition de l'État pour mettre en œuvre ses politiques et notamment sa politique de santé publique. « La Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels… La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'État. » La loi est claire : « La politique de santé publique concerne » entre autre « l'information

et l'éducation à la santé de la population[1] ». Le système éducatif est l'un des acteurs au service de cette politique de santé publique.

## UNE DIVERSITÉ DE FAÇONS D'ENVISAGER L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

Les différentes sollicitations qui parviennent à l'École en matière de santé publique ne sont pas neutres et renvoient à des finalités comme à des visions de l'éducation à la santé différentes. Pour peu que l'on porte un regard critique sur les appels à la mobilisation de l'École sur les questions de santé, il apparaît clairement que les sources de motivation sont multiples. Elles peuvent s'inscrire dans des projets de changement social comme de normalisation des comportements, viser la réduction des dépenses de santé, voire répondre à des intérêts catégoriels. Plus généralement, elles s'enracinent dans des paradigmes différents. À la suite de Jacques Fortin, il nous paraît pertinent de les rendre explicites. Pour cet auteur de référence que nous reprendrons ici, « les modèles en éducation pour la santé s'inscrivent dans des paradigmes éducationnels plus ou moins complexes qui traduisent des valeurs : celle d'une rationalité efficace appuyée sur la connaissance scientifique, celle de liberté conçue comme autonomie de penser, d'agir, de décider dans une finalité de réalisation de soi, celle de responsabilité collective et personnelle d'un être social, celle de réalisation globale d'un être cosmique dont le développement personnel est intimement lié à celui de son environnement. » **[2]**

### Le paradigme rationnel ou l'Homme tel qu'il devrait être

Le paradigme rationnel d'une pédagogie classique, académique, verticale, où le maître dispense un savoir prédéterminé à l'élève qui écoute et obéit, a inspiré une pratique de l'éducation à la santé centrée sur un apport de connaissances considérées comme objectives, extérieures au sujet auquel elles devraient s'imposer comme instigatrices de ses conduites. Ce paradigme inspire le discours médical de conseil et de prévention des maladies et risques pour la santé. L'objet prime sur le sujet, la maladie sur le malade. L'information délivrée par l'expert est vérité et constitue le socle de conduites prescrites indistinctement à tous, selon un schéma linéaire de causalité : pour être en bonne santé, il faut et il suffit de mettre en pratique les directives, c'est-à-dire supprimer toute conduite susceptible d'entraîner un dommage. Toute autre attitude ne peut être qu'erreur de jugement, faute, manquement conduisant inexorablement à la maladie.

### Le paradigme humaniste ou le libre bien-être

Dans ce paradigme, à côté d'objectifs cognitifs, l'éducation prend en compte les désirs, les émotions et les perceptions de la personne. Le sujet participe

---

**1.** Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

activement à la construction de ses savoirs qu'il enrichit de son vécu et de son expérience. L'éducateur est en interaction avec le sujet qu'il accompagne dans son cheminement singulier, et il assume la part de subjectivité réciproque qui nourrit l'appréhension des connaissances. La réalisation de soi est revendiquée comme but éducatif et se confond ici avec la définition de la santé en tant qu'état de complet bien-être physique, psychique et social. Le développement de la confiance, de l'estime et de l'affirmation de soi est un objectif essentiel dans ce modèle. L'autonomie du sujet est une finalité revendiquée et se conjugue avec une liberté conquise à travers le perfectionnement de soi.

## Le paradigme de la dialectique sociale

Le paradigme de la dialectique sociale dépasse le développement personnel pour questionner les rapports permanents de l'Homme à son environnement et interroger son degré de liberté au sein du groupe social. En termes de santé, c'est bien la capacité de l'homme à maîtriser son existence et à exercer un contrôle sur son environnement qui est mise en question. L'enseignant, l'éducateur part d'où sont les élèves, les personnes, du point de vue cognitif, émotionnel et social ; il a une fonction d'accompagnement dans une démarche qui part de l'émergence d'attentes individuelles motivant des demandes gérées collectivement… Le concept complexe d'*empowerment* employé aujourd'hui de manière extensive s'inscrit dans ce paradigme. Ce processus vise, d'une part, l'acquisition de pouvoir par un sujet et des groupes sociaux à travers l'optimisation de leurs savoirs et compétences, et, d'autre part, la reconnaissance et l'exercice effectif de ce pouvoir.

## Le paradigme écologique

Cette approche est de nature systémique. L'écologie de l'éducation s'intéresse à l'être humain et aux interrelations entre celui-ci et les différents milieux (écosystème) dont la résultante est son développement et ses apprentissages. Les principaux axes de ce paradigme sont la démocratisation totale de l'éducation, le développement intégral de la personne, c'est-à-dire de toutes ses potentialités, la personnalisation de l'enseignement, c'est-à-dire son adaptation aux besoins distincts des éduqués, et une éducation d'un être total, c'est-à-dire faire en sorte que la personne se développe de façon optimale au regard de l'ensemble de ses aspects et de ses potentialités. Ce processus systémique reprend des éléments des paradigmes précédents en leur apportant à la fois la dimension dynamique qui leur manque et une dimension contextuelle essentielle. Le concept « d'école promotrice de santé » est issu de cette réflexion.

Cette présentation constitue une grille de lecture des démarches ou des dispositifs mis en œuvre dans le domaine de l'éducation à la santé. Elle contribue à rendre explicite ce qui est sous-jacent aux différentes approches.

Les quelques éléments qui viennent d'être proposés permettent de mesurer la complexité de la question. Les sollicitations dont l'École est l'objet ne sont pas toutes de même nature et n'interagissent pas avec le « projet éducatif de l'École » de la même manière.
Il ne peut donc s'agir d'intégrer toutes les propositions au cursus des élèves. L'École apparaît ainsi souvent comme « traînant les pieds », comme peu engagée dans la lutte contre tel ou tel fléau. Il s'agit en fait :

- d'articuler l'adaptation nécessaire de l'École aux réalités sociales et la pérennité de ce qu'elle transmet au-delà des effets de mode et des urgences du moment ;
- de prendre en compte des questions sanitaires spécifiques et la résistance à l'instrumentalisation ;
- de transmettre des informations sur les comportements et de prendre en compte la diversité sociale et culturelle ;
- de s'impliquer dans les politiques sanitaires et de respecter le cadre laïc de l'École ;
- de prendre en compte l'éventail des problématiques de citoyenneté et de refuser une éducation se limitant à l'empilement d'apports successifs...

D'une façon générale, il n'est possible d'avancer sur la question de l'éducation à la santé à l'École qu'à la condition de prendre conscience, d'une part, de la complexité de l'acte éducatif qui résiste à tous les raccourcis et à toutes les recettes miracles et, d'autre part, du fait que la mission première de l'École n'est pas de lutter contre tel ou tel fléau social, mais bien de former les citoyens de demain et de permettre la réussite de tous.

**On ne peut penser l'éducation à la santé à l'École qu'à partir de l'articulation des problématiques éducatives et des enjeux de santé publique.**
**L'élucidation de la demande sociale comme l'explicitation des missions du système éducatif dans ce domaine représentent ainsi des préalables incontournables.**

L'École se doit donc de travailler à la façon dont ces questions sociales et/ou sanitaires peuvent être prises en compte dans l'éducation de la personne. Les enjeux éducatifs évoluent constamment. L'École doit nécessairement adapter ses programmes, ses contenus, ses méthodes, ses modes d'accueil des élèves. Faire changer les programmes scolaires, les méthodes d'enseignement, la formation des acteurs de l'École dans le but de répondre aux enjeux éducatifs actuels dans le domaine de la santé n'est pas du même ordre qu'être la courroie de transmission d'un message sanitaire. L'idée clé est celle de médiation. En effet, l'École ne peut ni être le relais pur et simple d'une politique de santé ni être totalement hermétique aux sollicitations sociales. Elle est appelée à les tenir à distance, exercer une médiation en référence à sa mission et aux conditions réelles d'apprentissage.

## Bibliographie

**[1]** International Union for Health Promotion and Education. *The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe*. Vanves : IUHPE, 1999 : 180 p.

**[2]** Fortin J. Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé. *In :* Jourdan D. coord. *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire.* Toulouse : Éditions universitaires du Sud, coll. École et santé, 2004 : p. 51-65.

# Le système éducatif français contribue à l'amélioration de la santé

Du fait de l'ampleur de certains enjeux sanitaires, la tentation est grande, du côté des acteurs de la prévention, de l'éducation à la santé ou de la promotion de la santé, d'appeler à un changement radical dans l'attitude des enseignants vis-à-vis des questions de santé. Pour certains, l'École serait incapable de promouvoir la santé, de prévenir les conduites à risque puisqu'elle est imperméable aux dispositifs d'intervention qu'on lui propose, puisque les enseignants sont sourds à l'évidence de la nécessité de contribuer au développement personnel des élèves et se referment sur les savoirs qu'ils ont à transmettre… Il importe d'être vigilant aux dangers que représentent les appels à la conversion des enseignants à d'autres pratiques plus « promotrices de santé » d'un côté ou plus « préventives » de l'autre. La première étape est sans doute d'abord de prendre en compte ce qui existe et d'identifier les limites de l'action du système éducatif.

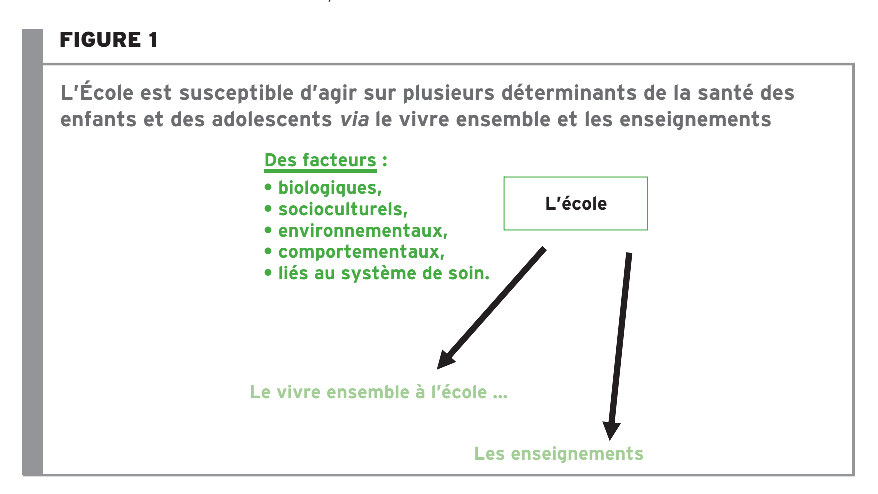
## UN CONTEXTE FAVORABLE À L'ÉDUCATION À LA SANTÉ ET À L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES POPULATIONS

Le système éducatif français, tel qu'il fonctionne aujourd'hui, joue un rôle déterminant dans la promotion de la santé. En effet, l'éducation en soi contribue à l'amélioration de la santé **[1, 2]**. Elle permet l'acquisition d'une large gamme de compétences chez les enfants et les adolescents et ainsi influence leur santé **[3]**. Le fait de savoir lire, d'être capable de rechercher et de trier des informations, de disposer de connaissances sur le corps et la santé telles qu'elles sont transmises à l'école primaire, au collège et au lycée

sont autant d'éléments qui permettent à chacun de prendre en charge sa propre santé. Des travaux ont montré par exemple que, lorsque l'enfant développe des compétences linguistiques et mathématiques, le risque de décrochage scolaire diminue ainsi que le risque d'apparition de difficultés dans le domaine de la santé psychologique **[4]**.
Si l'École n'agit pas sur tous les déterminants de la santé (biologiques, socioculturels, environnementaux, comportementaux, liés au système de soin), elle est en interaction avec la majorité d'entre eux. Son action passe à la fois *via* les enseignements dispensés et la vie dans l'établissement (ce qu'on appelle souvent le curriculum caché) **[figure 1]**.

**FIGURE 1**

**L'École est susceptible d'agir sur plusieurs déterminants de la santé des enfants et des adolescents *via* le vivre ensemble et les enseignements**




L'accès de la quasi-totalité des enfants[1] à l'éducation dans notre pays rend moins lisible l'impact de la scolarisation sur les pratiques de santé. Même si d'autres paramètres liés aux inégalités sociales jouent un rôle déterminant, il suffit, pour s'en convaincre, de regarder du côté des pays pour lesquels la scolarisation n'est pas systématique. Au Sénégal, par exemple, la connaissance d'un endroit où se procurer des préservatifs est positivement associée au niveau d'instruction des filles : 32 % pour celles sans niveau d'instruction, contre 52 % pour celles ayant un niveau primaire et 78 % pour celles du niveau secondaire et plus **[5]**. Chez les femmes adultes, l'utilisation d'une méthode contraceptive concerne 29,7 % de celles ayant un niveau scolaire secondaire ou supérieur, 18 % un niveau primaire et 6 % pour celles qui n'ont jamais fréquenté l'école. Dans ce pays, une autre étude **[6]** a montré que plus de la moitié des adolescents ne connaît pas de lieu pour se procurer des conseils ou des soins en matière de sexualité. Cette connaissance est fortement liée au fait d'avoir suivi des cours « d'éducation à la vie familiale » puisque ceux qui

**1.** Le taux de scolarisation en France est de 100 % à l'entrée au primaire et de 97 % à la fin de la scolarité obligatoire à 16 ans. 90 % des élèves sont scolarisés pendant quinze ans, alors que dans l'ensemble des pays de l'OCDE la quasi-totalité des jeunes est scolarisée en moyenne douze ans. OCDE. Regards sur l'éducation, 2006. En ligne : http://www.oecd.org/dataoecd/51/25/37392770.pdf [dernière consultation le 07/01/2010].

en ont bénéficié au cours de leur scolarité sont 78,7 % à connaître un tel lieu, alors que les autres ne sont que 39,2 %.
Par ailleurs, l'École est, avec la famille et les médias, une source d'information sanitaire de premier plan pour les enfants. À titre d'exemple, une étude réalisée en 2004 par questionnaire sur 883 élèves de cycle 3 (CE2, CM1, CM2) permet de situer la contribution de l'école du point de vue des élèves **[tableau I]**.
Enfin, même s'il est évident que le milieu scolaire génère du mal-être pour

## TABLEAU I

**Réponses d'un échantillon de 883 élèves dans le cadre du dispositif « Apprendre à mieux vivre ensemble à l'école » (données initiales 2004) à une série de questions formulées de la façon suivante « As-tu eu des informations à… sur… ? Taux de retour 95,7 %, échantillon composé de 35,6 % de CE2, 35,4 % de CM1, 27,9 % de CM2 et 1,1 % en CLIS et de 52,9 % de garçons pour 47,1 % de filles**

| Ils ont reçu des informations sur | À l'école | En famille | Par leurs lectures | Par la télévision |
|---|---|---|---|---|
| Le fonctionnement du corps (oui à 86,3 %) | **77,8 %** | 42,8 % | 33,9 % | 38,6 % |
| La sexualité (oui à 57,1 %) | 40,1 % | 42,5 % | 30,8 % | **52,2 %** |
| L'alimentation (oui à 90,3 %) | **78,2 %** | 47,9 % | 28,1 % | 63,1 % |
| Le sommeil (oui à 57,0 %) | 42,1 % | **54,9 %** | 27,8 % | 38,4 % |
| Les règles de vie à l'école (oui à 92,8 %) | **91,2 %** | 36,8 % | 14,5 % | 19,5 % |
| La violence (oui à 80,7 %) | **63,7 %** | 47,3 % | 17,1 % | 62,0 % |
| L'alcool (oui à 74,4 %) | 26,3 % | 56,8 % | 17,5 % | **72,5 %** |
| Le tabac (oui à 85,8 %) | 28,0 % | 55,1 % | 18,3 % | **79,0 %** |
| Les drogues (oui à 72,1 %) | 18,7 % | 46,5 % | 14,8 % | **82,3 %** |
| La sécurité routière (oui à 90,5 %) | 50,6 % | 53,1 % | 25,5 % | **66,2 %** |
| Les gestes d'urgence (oui à 76,0 %) | 41,4 % | 55,3 % | 25,2 % | **60,4 %** |

certains élèves, il reste un lieu d'épanouissement pour une très large majorité d'entre eux. Globalement, près des deux tiers des élèves français de collège déclarent aimer l'école (beaucoup : 21,7 % ; un peu : 43,8 %). Les filles significativement plus que les garçons (beaucoup : 25,9 % des filles *versus* 17,3 % des garçons ; un peu 45,6 % *versus* 41,9 %). Si cette impression globale positive est à nuancer (un élève sur dix déclare à l'inverse ne pas aimer du tout l'École et on note une altération du goût pour l'École avec l'avancée en âge), il n'est pas pertinent de donner de la qualité de vie à l'École une vision excessivement négative **[7]**. En primaire, au cycle 3, la relation à l'École est encore plus positive. À la question « Comment trouves-tu ton école ? », seuls 4,5 % des élèves portent un jugement négatif (géniale : 44,2 %, bien : 43,7 %, moyenne : 7,4 %, pas terrible : 3,3 %, nulle : 1,2 %). De la même façon, les relations avec les maîtres sont massivement jugées positives : très bonnes (49,3 %), bonnes (39,5 %), moyennes (8,6 %), pas très bonnes (1,6 %), mauvaises (0,7 %), sans réponse (0,2 %)[2]. C'est sur une vision nuancée (une majorité d'élèves qui

**2.** Étude AMVE cycle 3, même échantillon que celui à partir duquel ont été produites les données présentées dans la figure 2, p. 45.

vivent bien l'École et une minorité pour lesquels il y a des difficultés réelles) qu'il convient de s'appuyer pour penser la formation. On ne peut, en tout état de cause, se satisfaire ni de l'angélisme (tout va bien), ni d'une dramatisation excessive (l'École broie les élèves)[3]. En formation initiale comme en formation continue, travailler à partir d'une vision réaliste et donc sur les limites, mais aussi les points forts de l'action de l'École et des enseignants est la seule façon de mobiliser réellement les acteurs.

## L'ÉCOLE CONTRIBUE À ACCOMPAGNER LE DÉVELOPPEMENT DES ÉLÈVES

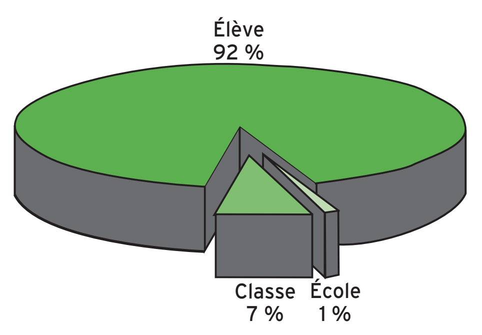
Symétriquement à cette mise en avant de l'action de l'École en matière de santé, il convient aussi de la relativiser. En effet, la santé d'une personne est essentiellement influencée par des facteurs externes à l'École : caractéristiques individuelles, famille, enracinement socioculturel, médias ou pairs. Le milieu scolaire n'est pas un lieu de façonnage ou de conditionnement des individus ; elle contribue à accompagner leur développement. Son influence peut être quantifiée. Les différentes études disponibles convergent pour situer entre 8 et 15 % la part de la variance des scores des élèves expliquée par les différences entre écoles **[8]**. Dans le domaine plus spécifique de la promotion de la santé, on retrouve des données comparables. Le climat au sein de l'établissement scolaire est reconnu comme étant l'un des déterminants tant de la réussite scolaire que de la santé des élèves **[9]**. Une étude réalisée sur le score de bien-être d'élèves de cycle 3 (CE2-CM1-CM2) montre que les variables liées à l'institution n'influent que pour 8 % dans la variabilité du score **[figure 2]**. C'est donc à sa mesure que l'École contribue à l'éducation à la santé des élèves. Elle ne constitue en rien une « baguette magique » qu'il suffirait d'activer efficacement pour changer massivement les comportements individuels, la complexité de l'humain étant irréductible à des mécanismes de conditionnement. C'est plutôt l'une des expériences qui apporte une contribution originale au développement de la personne. Cette expérience est appelée à s'articuler avec celles des autres lieux d'éducation qu'il s'agisse de la famille, des pairs, de la vie spirituelle, culturelle ou sportive…

---

**3.** Il convient aussi de rappeler que cette observation est cohérente avec les données relatives à la santé des enfants et des adolescents français. Si, comme le soulignait avec justesse la défenseure des enfants, Mme Dominique Versini dans son rapport 2007 (en ligne : http://www.defenseurdesenfants.fr/pdf/RappAct2007.pdf [dernière consultation le 07/01/2010]), une frange des adolescents français est en grande difficulté, il convient aussi de ne pas oublier que l'immense majorité d'entre eux va bien. Les adolescents français cotent à 7,5 sur 10 leur perception globale de la vie (Godeau E., Grandjean H., Navarro F., dir. *La santé des élèves de 11 à 15 ans en France, 2002. Données françaises de l'enquête internationale HBSC.* Paris : Inpes, coll. Baromètres santé, 2005 : 284 p.).

**FIGURE 2**

**Segmentation de la variance du score « climat d'école » entre les différents niveaux**




Cette figure représente le résultat de l'analyse multiniveaux réalisée sur le score de bien-être à l'école (11 variables) calculé à partir des réponses de 960 élèves de cycle 3 de l'école primaire dans le cadre de l'étude « Apprendre à mieux vivre ensemble à l'école ». La variance totale est segmentée en trois parties. Une pour chaque niveau d'agrégats. La variance entre les élèves représente 92 % de la variance totale. Seuls 8 % de la variance sont liés aux variables scolaires.

## Bibliographie

**[1]** Saint-Leger L., Nutbeam D. Health promotion in schools. *In :* IUHPE. *The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. Part two : evidence book*. Vanves : IUHPE, 2000 : p. 110-133.

**[2]** Symons C., Cincelli B., James T. C. ,Groff P. Bridging Student Health Risks and Academic Achievement Through Comprehensive School Health Programs. *Journal of School Health*, 1997, vol. 67, n° 6 : p. 220-227.

**[3]** Keating D. P., Hertzman C. *Developmental Health and the Wealth of Nations : Social, Biological, and Educational Dynamics*. New York : Guilford Press, 1999 : 406 p.

**[4]** Sylva K. School influences on children's development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 1994, vol. 35, n° 1 : p. 135-170.

**[5]** Ministère de l'Économie et des Finances du Sénégal, Direction de la prévision et de la statistique. *Enquête démographique et de santé EDS IV*. Dakar : Ministère de l'Économie et des Finances du Sénégal, 2005.

**[6]** Ministère de la Santé et de la Prévention médicale du Sénégal. *Amélioration de la santé des adolescents au Sénégal. Enquête de base*. Dakar : Ministère de la Santé et de la Prévention médicale du Sénégal, 2001.

**[7]** Godeau E., Granjean H., Navaroo F., dir. *La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2002. Données françaises de l'enquête internationale HBSC*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2005 : 284 p.

**[8]** Elliot J. School Effectiveness Research and its Critics : Alternative Visions of Schooling. *Journal of Education*, 1996, vol. 26, n° 2 : p. 199-224. Cité dans : Duru Bella M. Les apprentissages des élèves dans leur contexte : les effets de la composition de l'environnement scolaire. *Carrefours de l'éducation*, 2003, n° 16 : p. 182-206. En ligne : http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=CDLE_016_0182 [dernière consultation le 16/10/2009]

**[9]** Samdal O., Nutbeam D., Wold B., Kannas L. Achieving Health and Educational Goals Through Schools. A Study of the Importance of the School Climate and the Students Satisfaction With School. *Health Education Research*, 1998, vol. 13, n° 3 : p. 383-397.

# Accompagner les mutations du système éducatif

## DÈS L'ORIGINE, DEUX LECTURES DU RÔLE DE L'ÉCOLE

La question centrale n'est donc pas de savoir si l'École promeut la santé des élèves ou non. Elle le fait, à sa mesure, ici et maintenant tant *via* les enseignements dispensés que le « vivre ensemble » à l'échelle de l'établissement. Ce qui est en jeu, c'est la façon dont elle peut y contribuer le plus efficacement, compte tenu des réalités sanitaires et sociales du moment. C'est là que surgit la tension entre centration sur l'enseignement de… (les disciplines) et prise en compte des éducations à… (la santé par exemple). C'est-à-dire entre des formes scolaires différentes, la première fondée sur la classe telle que Durkheim a pu la proposer comme modèle d'organisation des activités scolaires, avec une stratification des activités autour des matières scolaires et des classes d'âge, la seconde appelant à des dispositifs plus diversifiés dans une perspective d'ouverture[1].

Se poser la question de savoir pourquoi et comment former à l'éducation à la santé conduit immanquablement à réfléchir au mandat confié à l'École. Cette

**1.** « L'ouverture de l'École n'est pas une question nouvelle puisqu'on en trouve mention dans la première édition du dictionnaire pédagogique de Ferdinand Buisson en 1887 par le biais des “musées, jardins et caravanes scolaires”. On la retrouve ensuite dans le développement des pédagogies dites “nouvelles” de Freinet, Decroly, etc. Pour autant, cette ouverture reste problématique car elle va à l'encontre de la structuration historique de l'École républicaine fondée sur la classe telle que Durkheim a pu la proposer comme modèle d'organisation des activités scolaires, avec une stratification des activités autour des matières scolaires, des classes d'âge, etc. Les formes scolaires restent passablement entachées de ces logiques et centrées sur la transmission de connaissances censée mettre de l'ordre dans les esprits, transmission qu'il faut, de plus, “protéger” des désordres sociétaux. » Mérini C. *Journées de l'ABDBP*. Amiens, 2005.

question est ancienne ; elle est coconstitutive de l'École républicaine. Dès le XVIIIe siècle déjà, deux visions s'opposaient :

- celle d'une École fondée sur la séparation entre éducation (qui relève de la responsabilité de la famille) et instruction (sous l'autorité de la puissance publique) : « L'instruction civique se borne à régler l'instruction, en laissant aux familles le reste de l'éducation. La puissance publique ne peut même, sur aucun objet, avoir le droit de faire enseigner des opinions comme des vérités ; [...] son devoir est d'armer contre l'erreur [...] mais elle n'a pas le droit de décider où réside la vérité. » (Condorcet, 1791) ;
- celle d'une approche que l'on qualifierait aujourd'hui de plus globale, conférant à l'Éducation nationale un rôle éducatif fort : « une éducation vraiment et universellement nationale », visant à « former des hommes, propager les connaissances humaines » et contestant la distinction entre instruction et éducation (Robespierre, 1793)[2].

Dans notre pays, le contexte qui a vu l'émergence de l'École républicaine était tel que c'est sur ce qui est reconnu comme commun à tous (et donc universel) qu'elle a été fondée. Tout ce qui relevait de choix, d'opinions, concernait seulement la sphère familiale.

**À la famille l'éducation, à l'École l'instruction.**

Permettre à l'École d'être reconnue et acceptée par tous les citoyens était à ce prix. Le courant des pédagogies actives ou nouvelles a porté cette préoccupation des éducations à... dans une perspective éducative plus large, mais il l'a fait en périphérie de l'École. Aujourd'hui encore, les différents dispositifs d'ouverture qui offrent des entrées non disciplinaires restent marginaux.
Le contexte actuel interpelle fortement ce choix fondamental : changements sociaux majeurs tant en ce qui concerne les structures familiales que la place de l'enfant dans et hors de l'École, et les attentes vis-à-vis de l'institution scolaire. Dans une période où l'on doute de la capacité des familles et des « corps intermédiaires » (associations, partis, Églises...) à transmettre une culture à leurs enfants, on se retourne vers l'État et l'École comme planche de salut. On déplace ainsi le curseur. Concrètement, si jusqu'à une période récente le rôle de l'École était de donner des informations relatives à l'anatomie, à la physiologie de la reproduction, aux divers moyens de contraception tandis que les familles avaient en charge l'éducation sexuelle, l'École, aujourd'hui, doit donner aux enfants et aux adolescents les compétences personnelles et sociales leur permettant de prendre en charge de façon autonome leur propre

2. Il est à noter que la question de la santé est déjà présente dans le discours de Robespierre puisqu'il s'agit de promouvoir « un genre de vie continue, une nourriture saine et convenable à l'enfance, des travaux graduels et modérés, des épreuves successives mais continuellement répétées, voilà les seuls moyens de créer les habitudes ; voilà les moyens efficaces de donner au corps tout le développement et toutes les facultés dont il est susceptible ».

sexualité dans toutes ses dimensions (biologiques, affectives, psychologiques, juridiques, sociales et éthiques).

> C'est là que réside le vrai changement de paradigme. Il ne s'agit pas d'un passage d'une vision biomédicale informative à une vision globale de la santé, mais bien d'un déplacement du rôle de l'École. Ce qui est valable dans le domaine de la santé l'est bien évidemment dans de nombreux autres domaines de la vie sociale et civique. L'éducation à l'environnement, au développement durable, à la santé, à la consommation, à la sécurité émergent du fait d'une forte demande sociale. Cette évolution n'est pas sans risque puisque transférer à l'École, c'est-à-dire à l'État, une responsabilité éducative encore plus grande accroît la conformation sociale et diminue le champ de la liberté d'éducation des familles. Il ne suffit donc pas d'obtenir la conversion d'enseignants, focalisés sur un enseignement disciplinaire dépassé et rétif à tout engagement, à des démarches de promotion de la santé. Il est question ici de mutation fondamentale de la place sociale de l'École et donc du sens de l'activité professionnelle de ses acteurs .

En d'autres termes, la question du rôle de l'École dépasse largement le seul champ de l'éducation à la santé, mais celui-ci tient une place originale. Le renforcement de l'engagement de l'École ne peut qu'être concomitant à celui des familles. C'est de l'articulation de l'éducation scolaire et de l'éducation familiale que peuvent émerger des pratiques plus favorables au développement harmonieux des enfants et non de la substitution de l'un par l'autre. Il ne saurait y avoir de progrès dans l'éducation à la santé des enfants sans engagement fort en matière de soutien à la parentalité. C'est la responsabilité de tous les acteurs sociaux et d'abord des collectivités territoriales.

## UNE APPROCHE DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ ADAPTÉE AUX SPÉCIFICITÉS DU SYSTÈME ÉDUCATIF FRANÇAIS

Ces quelques éléments permettent aussi de mettre à distance les comparaisons internationales un peu rapides qui feraient état d'un retard de notre pays. Il convient de rappeler que les paradigmes qui fondent les systèmes éducatifs diffèrent d'un pays à l'autre. Ne pas mettre en œuvre une approche de promotion de la santé à l'École à la façon dont le font certains systèmes éducatifs anglosaxons ne signifie pas que rien n'existe dans ce domaine. Le système éducatif français est fortement orienté vers l'éducation à la citoyenneté ; il est centré sur la transmission des connaissances reconnues comme communes à tous, tandis que d'autres systèmes éducatifs mettent en avant plus fortement le développement de compétences individuelles. En Australie, par exemple, c'est la capacité d'analyse et de résolution de problème, la capacité à communiquer, à planifier et à organiser des activités et de collaborer avec d'autres, la confiance en soi, l'optimisme, une haute estime de soi qui

sont mis en avant **[1]**. Il n'est donc pas étonnant que ce pays soit l'un de ceux au sein desquels l'approche des « écoles promotrices de santé » **[2]** ait été la plus largement développée. En effet, cette dernière est fortement basée sur le développement des compétences sociales des enfants.
Outre le fait que les autres systèmes éducatifs ne soient pas épargnés par les tensions, il convient de les situer dans une culture et une histoire propre. Il ne s'agit pas de mythifier tel ou tel système éducatif et de tenter de le copier. Les comparaisons internationales peuvent permettre d'acquérir du recul vis-à-vis de nos propres fonctionnements établis. Et ce, d'autant plus qu'il n'existe pas de « bon » système.
C'est ce que montre le programme international pour le suivi des acquis des élèves (Pisa **[3]**) qui vise à évaluer dans quelle mesure les élèves approchant de la fin de leur scolarité obligatoire ont acquis les savoirs et savoir-faire essentiels pour « relever les défis de l'avenir ». Même s'il convient de porter un regard critique sur ce type de comparaison internationale et si l'analyse des résultats bruts de cette enquête ne relève pas de ce texte, quelques éléments peuvent contribuer à éclairer notre propos. La première donnée intéressante concerne le fait que c'est la Finlande qui obtient les meilleurs scores, notamment en ce qui concerne les acquisitions dans les domaines de l'écrit et des mathématiques. Le système éducatif finlandais ne se caractérise ni par la férocité de la compétition entre les élèves, ni par l'ampleur de la pression scolaire exercée sur leurs épaules. Bien au contraire, l'école finlandaise arrive mieux que tout autre système éducatif à concilier efficacité et grande équité (pas de sélection précoce, valorisation des écoles qui font réussir les élèves les plus faibles, pédagogie réellement centrée sur l'élève, valorisation de son activité, prise en compte de ses besoins...). Il ne s'agit pas d'idéaliser cette école, mais bien de souligner que l'élitisme, le haut niveau de pression sur les élèves, le retour aux méthodes magistrales et autoritaires ne sont pas des passages obligés sur le chemin de la réussite scolaire.

> **La prise en compte du bien-être social et individuel n'est en rien incompatible avec une école efficace sur le plan des savoirs académiques.**

Pour autant, il ne faudrait pas conclure que l'école finlandaise est « le » modèle à promouvoir. Elle est, comme tous les systèmes éducatifs, le fruit d'une histoire et d'un contexte social déterminé. Un autre pays obtient des résultats très élevés en terme d'acquisition dans les domaines de l'écrit et des mathématiques ; il s'agit de la Corée. Son système éducatif est totalement différent de celui de la Finlande et se caractérise par une très forte pression génératrice d'anxiété, d'un degré de compétition élevé et d'une faible motivation intrinsèque des élèves. Des systèmes éducatifs très différents parviennent ainsi à des résultats proches en terme d'acquisition de compétences. Il ne saurait être question d'oublier que les systèmes éducatifs dans toutes leurs dimensions sont conditionnés par le contexte social et culturel qui les héberge. On ne peut pas transformer instantanément de manière radicale un système éducatif. Tout au plus peut-on accompagner des évolutions.

Il est possible de conclure deux choses de cette rapide présentation des données Pisa. D'abord, il n'y a pas antinomie entre promotion du bien-être à l'école et résultats académiques. Ensuite, le fait que le développement de la prévention des conduites à risque, de l'éducation à la santé et de la réussite éducative n'a de chance d'être efficace que dans la mesure où elle prend en compte les spécificités de l'École. Il s'agit de se situer dans une perspective d'accompagnement des acteurs plutôt que dans un appel à la conversion à une approche particulière.

## ASSUMER LES TENSIONS CONSTITUTIVES DE L'ÉCOLE

Précisons enfin que la demande sociale vis-à-vis de l'École est, par essence, au cœur de tensions irréductibles. Il faut tout à la fois tenir exigence académique et développement personnel, performance scolaire et épanouissement et plus généralement socialisation et émancipation. Il n'est rien de nouveau ici. Il s'agit simplement d'avoir conscience qu'on ne peut pas pousser le curseur d'un côté ou de l'autre sans conséquences. Définir le rôle de l'École dans notre société est affaire de discernement collectif. Le travail de la commission Thélot en 2004 sur l'avenir de l'École s'était placé dans la perspective d'un débat citoyen sur cette question. Elle a été un événement marquant de ces dernières années permettant une réappropriation du projet de l' École par les citoyens[3]. L'ouverture à une prise en compte plus large des questions liées au développement personnel des élèves ne peut se faire qu'au prix d'une explicitation des enjeux, d'une implication de tous[4].

Il y a en tout cas matière à débat en ce qui concerne la pertinence d'une évolution vers des pratiques d'éducation à la santé globale. Les acteurs qui pensent que l'École a à se centrer sur la transmission de connaissances ne sont pas d'horribles conservateurs dont on pourrait repousser les arguments d'un revers de manche. Ils sont simplement porteurs d'une autre vision de l'École qui, tant dans le corps professionnel que dans l'opinion, reste très largement représentée. Comme nous l'avons déjà indiqué, les textes de l'Éducation nationale laissent une large place aux interprétations multiples et renvoient à des visions différentes de la prise en compte de la santé à l'École.

Nous sommes sur le chemin d'une nouvelle définition de la base sur laquelle repose notre « vivre ensemble ». C'est la question toujours à reprendre de la transmission d'une culture aux générations suivantes. Le socle commun de connaissances et de compétences est une façon de la définir. Même s'il ne se situe pas explicitement dans la logique d'une transmission culturelle, il offre une vue générale de ce qu'est la règle du jeu de l'École aujourd'hui.

---

3. La tenue d'un large débat, d'ampleur nationale, ne préjuge pas de la traduction de ses conclusions en matière de politique du système éducatif. En l'occurrence, de nombreux acteurs ont été déçus du contenu de la loi d'orientation sur l'école de 2005, estimant qu'elle ne tenait qu'insuffisamment compte de ce que les citoyens avaient exprimé au cours du débat.

4. L'ouvrage de M. Callon et coll. (*Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris : Éditions du Seuil, coll. La couleur des idées, 2001 : 358 p.) montre à la fois les limites d'une science et d'une expertise déconnectées des citoyens et la pertinence d'une participation de tous aux décisions.

## Bibliographie

[1] Departement of Education, Science and Training, Australian Government. *The Adelaide Declaration on National Goals for Schooling in the Twenty-firts Century*. 1999. En ligne : http://www.dest.gov.au/sectors/school_education/policy_initiatives_reviews/national_goals_for_schooling_in_the_twenty_first_century.htm [dernière consultation le 16/10/2009]

[2] International Union for Health Promotion and Education. *Achieving Health Promoting Schools : Guidelines to Promote Health in Schools*. Saint-Denis : IUHPE, 2008. En ligne : http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/HPS_GuidelinesII_2009_English.pdf [dernière consultation le 16/10/2009]

[3] Haahr J.H. *Explaining Student Performance. Evidence from the Internationnal Pisa, TIMSS and PIRLS surveys*. Denmark : Danish Technological institute, 2005 : 218 p. En ligne : http://ec.europa.eu/education/pdf/doc282_en.pdf [dernière consultation le 16/10/2009]

Éducation à la santé, prévention, promotion de la santé, il n’est pas de définition univoque de ces termes, et il convient d’en préciser l’acception. Les éléments de réflexion proposés sont contextualisés et ne prétendent pas épuiser le sujet. C’est bien la façon dont l’éducation à la santé peut être prise en charge par le système éducatif français actuel qui nous occupe.

# Le champ de l'éducation à la santé en milieu scolaire

# Le cadre général

## Créer les conditions de la réussite scolaire et permettre aux élèves d'acquérir les compétences nécessaires à des choix libres et responsables en matière de santé

### UNE PLURALITÉ D'APPROCHES DANS LES TEXTES INSTITUTIONNELS

L'analyse des textes institutionnels fait apparaître une réelle variété d'approches des questions de santé. Dans le système scolaire français, l'éducation à la santé prend place à la fois dans les enseignements disciplinaires et dans une démarche plus vaste de promotion de la santé à l'échelle de l'établissement. Elle est encadrée par les programmes scolaires[1], des textes généraux relatifs à l'éducation à la santé, des textes régissant les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), ceux concernant les activités des services infirmier, social et médical de l'Éducation nationale, et des circulaires relatives à des thèmes particuliers (sida, addictions…).
Ce cadre institutionnel ne fait pas référence à une vision univoque de l'éducation à la santé :

- certains textes se placent dans la perspective d'une promotion de la santé incluant tous les aspects de la vie de l'établissement (enseignements, vie scolaire, environnement physique et relationnel, santé scolaire, relations avec les parents et les autres partenaires…). Ils

1. Les programmes du primaire et du collège sont disponibles en ligne sur http://eduscol.education.fr/pid23391/programmes-ecole-college.html et ceux du lycée sur http://eduscol.education.fr/cid46464/presentation.html [dernière consultation le 07/01/2010].

engagent à une mobilisation de tous au service d'une prise en compte globale de la santé ;

- d'autres textes, les programmes en particulier, sont centrés sur la transmission de connaissances. Ils traduisent ce qui est reconnu comme valide tant scientifiquement que socialement à un moment donné ;
- les textes centrés sur la prévention d'une conduite à risque ou d'un problème de santé publique (lois, plans interministériels, circulaires sur des thématiques telles que les addictions, le sida, l'apprentissage du porter secours ou la lutte contre l'obésité) appellent le plus souvent à l'intégration de séquences de classes sur ces sujets ;
- enfin, des circulaires plus spécifiques abordent la contraception d'urgence, l'installation des distributeurs de préservatifs dans les lycées, la composition des repas servis en restauration scolaire et la sécurité des aliments ou les mesures à appliquer concernant les produits élaborés dans les classes, chez les parents d'élèves, pendant les fêtes et kermesses **[encadré 1]**.

## ENCADRÉ 1
### Les principaux textes encadrant l'éducation à la santé en milieu scolaire

• Décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au **socle commun de connaissances et de compétences**[1]
• Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998 relative aux **orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège**[2]
• Circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001 sur la **mission de promotion de la santé en faveur des élèves**[3]
• Circulaire n° 2006-197 du 30 novembre 2006 relative aux **comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté**[4]
• Circulaire n° 2003-210 du 1er décembre 2003 concernant la santé des élèves : **programme quinquennal de prévention et d'éducation**[5]

D'autres textes, traitant notamment de thématiques spécifiques, sont aussi disponibles. Le site du ministère de l'Éducation nationale (Direction générale de l'enseignement scolaire) propose un riche ensemble de textes et de documents relatifs à l'éducation à la santé[6].

**1.** En ligne : http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=MENE0601554D
**2.** En ligne : http://www.education.gouv.fr/botexte/bo981203/SCOE9802899C.htm
**3.** En ligne : http://www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/texte.htm
**4.** En ligne : http://eduscol.education.fr/D0004/vtcref01.htm
**5.** En ligne : http://www.education.gouv.fr/bo/2003/46/MENE0302706C.htm
**6.** En ligne : http://eduscol.education.fr
[dernière consultation le 07/01/2010]

Cette réelle diversité a une double origine. Elle reflète les différentes dimensions constitutives de l'éducation à la santé comme la pluralité des rôles joués par l'École (prévention, éducation, promotion). Si une cohérence

d'ensemble est en train de se construire, elle n'est pas encore partagée par tous les acteurs.

## UNE PERSPECTIVE ÉMANCIPATRICE : CELLE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

La santé est présente dans toutes les dimensions de la vie à l'École, qu'il s'agisse d'une démarche de prévention des conduites addictives, de l'intégration d'un enfant ou d'un adolescent porteur de handicap ou de maladie chronique ou bien d'une démarche globale à l'échelle de l'établissement portée par le CESC.
Le texte le plus général sur la santé à l'École est la circulaire n° 98-237 dont les principes sont repris dans le programme quinquennal de prévention et d'éducation (2003). Ce dernier texte précise le cadre dans lequel les questions de santé prennent place à l'École. Il se situe dans une perspective de « promotion de la santé » dont la finalité n'est pas définie en référence aux conduites à risque ou aux indicateurs de santé, mais en référence à l'émancipation des individus et des populations.

> Selon la Charte d'Ottawa (1986), la promotion de la santé vise à donner aux individus davantage de maîtrise sur leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer. Le concept de promotion de santé dépasse l'individu pour penser la communauté et prendre en compte les interactions entre la personne et son environnement tant physique qu'humain.

Dans notre système éducatif, l'éducation à la santé se voit assigner deux objectifs. Il s'agit, d'une part, de permettre aux élèves d'acquérir les compétences nécessaires pour effectuer des choix libres et responsables en matière de santé et, d'autre part, de créer les conditions de possibilité de la réussite de tous les élèves. L'insistance sur le « tous » les élèves est liée à l'attention particulière portée à ceux qui présentent une vulnérabilité liée à un handicap, leur situation sociale ou de santé. Le texte définit la mission de l'École dans ce domaine de la façon suivante : « L'École a la responsabilité particulière, en liaison étroite avec la famille, de veiller à la santé des jeunes qui lui sont confiés et de favoriser le développement harmonieux de leur personnalité. Elle participe également à la prévention et à la promotion de la santé en assurant aux élèves, tout au long de leur scolarité, une éducation à la santé, en articulation avec les enseignements, adaptée à la fois à leurs attentes et à leurs besoins ainsi qu'aux enjeux actuels de santé publique. L'objectif est de leur permettre d'acquérir des connaissances, de développer leur esprit critique et d'adopter par là même des comportements favorables à leur santé en développant leur accès à l'autonomie et à la responsabilité. C'est pourquoi la prise en compte de la santé des élèves ne peut être l'affaire de quelques spécialistes mais concerne l'ensemble de la communauté éducative. »

Tous les acteurs de l'École (parents, enseignants, personnels médico-sociaux, encadrement, vie scolaire, service, administration) sont donc appelés à contribuer à l'éducation à la santé, chacun dans le champ précis des missions qui lui sont confiées. Les acteurs issus du champ sanitaire et social – assistants sociaux, infirmiers, médecin **[encadré 2]** – ont un rôle d'expert, de conseiller au service du projet pour lequel les actions éducatives seront essentiellement le fait des parents et des enseignants ; les équipes d'encadrement et de vie scolaire jouent, quant à elles, un rôle déterminant dans l'analyse des besoins, l'élaboration et le suivi du projet.
Pour autant, le nécessaire partenariat entre ces acteurs ne s'improvise pas ; il est le résultat d'une démarche collective durable qui conduit à l'émergence d'une culture commune. Dans cette perspective, la formation des acteurs se révèle être un enjeu capital.

Médecins et infirmiers de l'Éducation nationale sont, en raison de leur formation, de leurs compétences et de leur réseau professionnel, des acteurs clés de la promotion de la santé des élèves. Leurs missions font d'ailleurs l'objet de deux textes spécifiques à la suite de la circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001. Leur rôle de conseiller technique des responsables institutionnels pour l'élaboration et la mise en œuvre du volet santé du projet d'école ou d'établissement y est pointé, au titre de leur expertise en santé publique. Ils sont, en Europe, les seuls à exercer exclusivement en milieu scolaire dans l'enceinte des établissements scolaires.
L'action des personnels se décline en référence à des actions de portée individuelle comme collective.

### ENCADRÉ 2
**Le rôle spécifique des infirmiers et médecins de santé scolaire est d'être des conseillers techniques au service des équipes éducatives pour l'élaboration et la mise en œuvre du volet santé du projet d'école ou d'établissement**

**Les activités de portée individuelle** : part importante de leur temps de travail, elles exigent une collaboration étroite entre médecins et infirmiers dont les compétences sont complémentaires et non superposables ; elles imposent un lien étroit avec les familles ; elles nécessitent aussi un partenariat avec les services sociaux, les services de soins et toute autre structure concernée par la santé et la protection des enfants et des adolescents ; elles permettent la nécessaire articulation entre état de santé et scolarisation dans le respect du secret professionnel dû à l'élève.
Certaines de ces activités sont à caractère systématique, obligatoire ou recommandé :
• bilan médical de 5-6 ans pour le dépistage précoce des troubles du développement et des apprentissages scolaires. Il est inscrit dans la loi ;
• dépistages infirmiers en école élémentaire et en 5e ;

›››

• bilan médical en 3e notamment en vue de l'orientation professionnelle. Les élèves mineurs affectés dans l'enseignement professionnel sont soumis à dérogation aux travaux interdits par le Code du travail sous réserve de l'avis favorable du médecin de l'Éducation nationale ;
• bilans dans le cadre de projets spécifiques ou au regard de publics prioritaires.
Certaines de ces activités ont un caractère sélectif :
• les infirmiers assurent les premiers soins d'urgence et accueillent tout élève demandeur d'un entretien d'écoute et d'aide ;
• bilans médicaux à la demande : souvent à la demande d'un membre de l'équipe éducative inquiet face à certains signes d'appel, ou suite à un entretien ou dépistage infirmier, ou à la demande d'un parent...
• scolarisation des élèves malades chroniques ou en situation de handicap, pour prise en compte de leurs besoins particuliers au regard de leur scolarisation et pour contribution à l'éducation thérapeutique ;
• interventions auprès d'enfants ou d'adolescents en danger pour suspicion de maltraitance ou de négligences graves.
**Les activités de portée collective :**
• liées à l'événement : contribution aux protocoles d'urgence et aux mesures de prophylaxie dans le cadre de maladies transmissibles, contribution à la gestion de crise dans le cadre de situations traumatisantes pour la communauté scolaire ;
• amélioration de la qualité de vie des élèves en matière d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie au sein de l'école ou de l'établissement ; au-delà, ils contribuent aux actions de protection au regard des risques majeurs de l'environnement scolaire ;
• participation à la veille sanitaire en épidémiologie locale (y compris dans le cadre du diagnostic de situation d'un établissement scolaire), régionale (observatoires régionaux de santé), nationale (enquêtes Inserm, Dress, etc.), voire européenne ;
• implication dans les dynamiques d'éducation à la santé en tant que conseillers techniques auprès des équipes d'établissement.

Ce texte important insiste sur l'implication de tous les acteurs. Il précise que l'éducation à la santé « concerne l'ensemble de la communauté éducative ». L'éducation à la santé ne peut ainsi prendre tout son sens que dans la mesure où elle s'insère dans une démarche plus vaste de promotion de la santé au sein de l'école, du collège ou du lycée. Hors d'un réel investissement en matière de vie collective au sein de l'établissement, d'accueil des élèves, de relation aux parents et aux partenaires, de présence de services sociaux et de santé, les activités pédagogiques en éducation à la santé restent formelles ; elles ne sont qu'un vernis superficiel qui a bien peu de chance de rejoindre la personne humaine dans la dynamique de son développement. Les textes appellent à une telle prise en compte de l'éducation à la santé au cœur du projet éducatif : « L'éducation à la santé prend appui sur la transmission de savoirs et de connaissances et passe par l'organisation du cadre de vie à l'école et des activités éducatives. »[2]

---

**2.** Il est intéressant sur ce point de prendre connaissance de la circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège.

Le projet d'établissement (pour le second degré) et le projet d'école (pour le premier degré) constituent des outils au service d'une prise en compte de la santé dans la vie de l'école. « Le projet d'école a pour but de mettre en relation les objectifs nationaux et la situation locale, et de définir les stratégies qui paraissent les mieux appropriées pour atteindre les objectifs en tenant compte du contexte. » Selon les situations et les besoins perçus à la suite d'une analyse de la réalité locale, le projet d'école peut inclure une « dimension santé » impliquant divers partenaires (parents, spécialistes de la prévention, municipalité…). Cette « dimension santé » n'est que l'un des éléments d'un projet incluant plusieurs composantes. Cette intégration du projet santé dans le projet d'établissement est bien dans la logique d'une approche partenariale ; elle contribue à faire de l'éducation à la santé un objet commun à tous les acteurs de l'École.

En second degré, les établissements disposent d'un outil institutionnel, le CESC (Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté), qui s'intègre à la politique globale de réussite des élèves[3]. Ses missions sont de contribuer à l'éducation à la citoyenneté, de préparer un plan de prévention de la violence, de proposer des actions pour aider les parents en difficulté, de lutter contre l'exclusion et enfin de définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risque. Le CESC constitue une instance de réflexion, d'observation et de veille qui conçoit, met en œuvre et évalue un projet éducatif en matière de prévention, d'éducation à la citoyenneté et à la santé, intégré au projet d'établissement. Cette démarche globale et fédératrice vise à donner plus de cohérence et de lisibilité à la politique de l'établissement.

## UNE DÉMARCHE BASÉE SUR L'ARTICULATION DE LA PROTECTION, DE LA PRÉVENTION ET DE L'ÉDUCATION

Le modèle qui constitue la base de cette politique est celui de la promotion de la santé telle que formalisée par A. Tannahil, R. et S. Downie **[1]** et adaptée aux spécificités du système éducatif français. Sa finalité est de permettre à « un groupe ou un individu, d'une part, de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et, d'autre part, d'évoluer avec le milieu ou de s'adapter à lui » **[2]**. Développer une politique de promotion de la santé, c'est articuler protection, prévention et éducation. L'axe de protection correspond aux actions visant à créer un environnement et un climat scolaire favorable, à mettre en œuvre les moyens de l'accueil de tous les élèves, notamment ceux à besoins éducatifs particuliers. L'axe de prévention correspond à un travail spécifique sur les comportements générateurs d'échec (violence, conduites à risque…), et

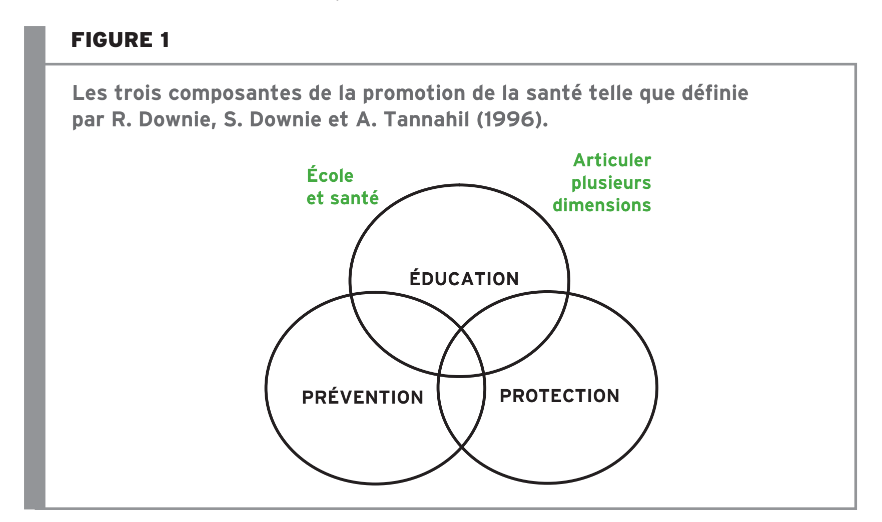
---

**3.** Il est à noter que l'après la circulaire n° 2006-197 du 30 novembre 2006 : *Protection en milieu scolaire. Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté*, les écoles primaires peuvent aussi être partie prenante dans les CESC, ce qui permet d'établir une cohérence plus grande en matière d'éducation à la santé et de prévention.

l'axe d'éducation vise le développement de connaissances, de capacités et d'attitudes chez les élèves **[figure 1] [encadré 3]**.

**FIGURE 1**

**Les trois composantes de la promotion de la santé telle que définie par R. Downie, S. Downie et A. Tannahil (1996).**




**ENCADRÉ 3**
**Exemples d'axes prioritaires des programmes mis en place par les écoles membres du réseau suisse d'écoles en santé [3]**

Au niveau des classes, du corps enseignant, de l'ensemble de l'école, de l'environnement scolaire et de la politique, les écoles ont abordé les aspects suivants :
• bien-être social : communauté, communication, collaboration, participation, culture d'établissement, règlements internes, gestion des conflits, prévention de la violence ;
• bien-être physique : alimentation, activité physique, détente, posture ;
• prévention des dépendances : drogues légales et illégales, troubles alimentaires ;
• structures scolaires : charte, formation de responsable de projet, travail social scolaire ;
• santé des enseignant(e)s ;
• bien-être psychique : renforcement des facteurs de protection, estime de soi, maîtrise du stress, prévention du suicide ;
• aménagement des locaux scolaires : cour de récréation, salles de repos, infrastructure ;
• collaboration avec les parents, les autorités, les centres spécialisés, ouverture de l'école, collaboration avec la commune ;
• éducation sexuelle et prévention du sida ;
• environnement, nature ;
• risques et sécurité.

C'est à cette modélisation que se réfère le réseau suisse des écoles en santé. Son document de cadrage précise qu'« une école favorable à la santé travaille explicitement sur des thèmes de promotion de la santé à tous les niveaux de la vie scolaire (enseignement, équipe, organisation scolaire, réseau, programme)

et s'investit pour mettre en œuvre les mesures appropriées. Elle contribue ainsi à améliorer la qualité de la formation et de l'école dans le sens d'une école en bonne santé, en veillant à l'épanouissement et à la promotion de la santé et du bien-être de toutes les personnes impliquées dans l'école. Pour ce faire, elle se réfère à une conception globale de la santé et travaille conformément aux principes de la promotion de la santé définis dans la Charte d'Ottawa : participation, acquisition d'aptitudes permettant une action autodéterminée, centration sur les ressources, pérennité, pédagogie de la diversité (égalité des chances entre les genres et les origines sociales, ethniques et religieuses) » **[3]**.

Concrètement, agir en matière de protection, c'est s'assurer que l'environnement soit favorable au bien-être social de tous les acteurs de l'École (élèves comme professionnels) en permettant que le respect et la sécurité de chacun soient assurés, que les locaux (salles, cours, équipement pour l'éducation physique et sportive) soient disponibles ; mais aussi que des adultes compétents puissent être à l'écoute des élèves pour les aider à résoudre les difficultés auxquelles ils sont confrontés, que ce soit dans le domaine de la vie scolaire (conseillers principaux d'éducation, assistants sociaux), de la santé (infirmiers, médecins) ou de la scolarité (enseignants). Agir en matière de protection, c'est aussi s'assurer de la qualité des repas à la cantine, de la prise en compte des rythmes de l'enfant, du respect des lois relatives à l'alcool, au tabac et aux drogues illicites…

Agir en matière de prévention, c'est développer des actions centrées sur un produit, un comportement ou un risque. Ce peut être un travail en direction des élèves sur l'alimentation, les accidents domestiques ou de la voie publique, les addictions… C'est aussi proposer des temps d'information à destination de tous les adultes de la communauté scolaire, parents comme professionnels. Il peut s'agir de mettre en place des dispositifs permettant que soient offerts d'autres produits que des viennoiseries et des barres chocolatées pour les collations ou récréations, d'implanter des distributeurs de préservatifs dans les lycées.

Agir en matière d'éducation, c'est travailler au développement des compétences des élèves tant dans le cadre des activités de classe que dans le quotidien de la vie scolaire.

## UNE APPROCHE ADAPTÉE AUX ENJEUX ACTUELS

De nombreux travaux mettent en avant le lien étroit existant entre éducation et santé ainsi que la pertinence d'actions éducatives et préventives en milieu scolaire **[4, 5]**. Des relations ont été mises en évidence entre comportements de santé et réussite scolaire (résultats scolaires, absentéisme, implication dans les activités scolaires et compétences sociales des élèves **[6, 7]**). Avec d'autres déterminants, notamment ceux liés à l'environnement social, la santé constitue l'une des conditions de possibilité de la réussite scolaire.

Les études basées sur l'évaluation des comportements de santé et la réussite scolaire montrent que les interventions multifactorielles et globales sont

les plus pertinentes. La synthèse de Steward-Brown **[8]** souligne que, pour être efficace, une action doit inclure des activités dans plus d'un domaine et tendre vers une prise en compte de toutes les dimensions de la vie de l'élève dans l'établissement. L'environnement scolaire, les relations, la qualité de vie et le climat d'établissement sont aussi identifiés comme des déterminants majeurs. D'autres études **[9]** vont dans le même sens et soulignent que les éléments clés sont la durée de l'action, le soutien institutionnel, la formation et l'accompagnement des acteurs ainsi que la mise en place d'une approche globale centrée sur le développement des compétences sociales (confiance en soi, capacité à exprimer ses émotions, gestion du risque et du stress...). En d'autres termes, les approches efficaces sont celles qui associent deux dimensions : d'une part, le volet pédagogique (les activités de classe) et, d'autre part, une démarche plus large prenant en compte tous les aspects de la vie dans l'établissement (il s'agit de travailler à la création d'un environnement physique, social et d'apprentissage favorable).

C'est bien évidemment ce que font déjà avec succès de nombreux établissements des premier et second degrés. Une étude récente menée en France a, par exemple, montré que la mise en œuvre d'une démarche de promotion de la santé à l'école (le programme « Apprendre à mieux vivre ensemble **[10]** ») a un impact positif sur le climat d'établissement **[11]**. Cet impact sur le climat scolaire serait notamment lié à la mobilisation des équipes enseignantes.

En France, l'éducation à la santé n'est donc pas l'apanage d'une catégorie particulière de personnels ; elle concerne l'ensemble des acteurs de la communauté éducative. Dans d'autres pays, des choix différents ont été faits. C'est notamment le cas au Royaume-Uni, aux États-Unis, ou en Irlande où il existe une « discipline scolaire » éducation à la santé[4]. L'intérêt de la démarche menée dans notre pays est de ne pas transférer la responsabilité de ce volet de l'éducation à une seule catégorie de personnel et ainsi d'appeler chacun à contribuer à sa mesure. Le risque est bien évidemment celui d'un faible engagement en matière d'éducation à la santé, d'une dilution. Une autre des spécificités de notre pays est de disposer de médecins et d'infirmières au sein même du système éducatif. Là non plus, il ne s'agit pas de faire des personnels de santé scolaire les acteurs uniques de l'éducation à la santé mais de les placer comme experts, conseillers techniques au service des dynamiques d'établissement. Enfin, ce sont bien les personnels de l'Éducation nationale qui sont en charge de l'éducation à la santé et non des structures extérieures. C'est un élément clé puisqu'il permet clairement de situer l'éducation à la santé comme l'une des facettes de l'éducation générale et non comme un objet à part relevant de la responsabilité d'acteurs du système de santé. Le risque est ici de ne pas disposer des compétences suffisantes pour mener à bien des projets dans un domaine aussi complexe. C'est la raison pour laquelle les établissements

---

**4.** En Irlande, la discipline scolaire se nomme « Éducation sociale, personnelle et à la santé ». Au Royaume-Uni, c'est « Éducation personnelle, sociale et à la santé ». Aux États-Unis, simplement « Santé », mais il existe de larges différences selon les États considérés. Par exemple, dans le Wisconsin, les élèves doivent compléter, entre la cinquième et la terminale, un demi-crédit en éducation à la santé pour être diplômés.

sont appelés à mettre en œuvre des partenariats étroits avec les autres acteurs de l'éducation à la santé, notamment les Comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé[5] mais aussi des associations plus spécialisées comme par exemple l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie[6]. Il ne s'agit pas de relations de sous-traitance, mais d'un partenariat réel pour lequel l'apport des experts du milieu associatif se situe dans le registre de la formation et de l'accompagnement des équipes plutôt que dans l'intervention auprès des élèves[7].
Comme nous venons de le montrer, le dispositif présente à la fois des points forts et des points faibles. Sans doute faut-il compléter cette analyse par deux autres éléments. Le premier concerne le faible enracinement des actions des établissements dans les dynamiques territoriales. Ceci n'est pas spécifique de l'éducation à la santé et trouve historiquement sa source dans l'organisation politique de notre pays. L'émergence de coordinateurs territoriaux de santé publique, en charge de la mise en cohérence des diverses actions à l'échelon local, est sans doute nécessaire **[12]**. Il importe que ces derniers intègrent les spécificités de l'éducation à la santé en milieu scolaire, ce qui suppose tant un recrutement qu'une formation adaptées. Le second concerne la relative faiblesse des moyens d'accompagnement des établissements. Le fait que les écoles et les établissements soient appelés à plus d'autonomie dans la rédaction de leurs projets, notamment en matière de santé, nécessite le développement de modalités d'accompagnement mieux adaptées aux enjeux locaux.

## Bibliographie


**[1]** Downie R. S., Tannahil A. *Health Promotion. Models and Values.* Oxford : Oxford University Press, 1996 : 183 p.

**[2]** Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986 : 238 p.

**[3]** Réseau suisse d'écoles en santé. *Mettons nous en route pour faire de notre école un lieu de vie et de santé. Guide pratique.* Lausanne : Radix Promotion de la santé, 2005 : 18 p. En ligne : http://www.bildungundgesundheit.ch/dyn/bin/82825-82371-1-guide_rses.pdf [dernière consultation le 16/10/2009]

**[4]** Saint-Léger L., Nutbeam D. Health Promotion in Schools. *In :* IUHPE. *The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. Part two : evidence book.* Vanves : IUHPE, 2000 : p. 110-133.

**[5]** Inserm. *Santé des enfants et des adolescents, propositions pour la préserver.* Paris : Inserm, 2003. En ligne : http://www.inserm.fr/fr/questionsdesante/mediatheque/ouvrages/expertisecollectivesanteado.html [dernière consultation le 16/10/2009]

**[6]** Lavin A., Shapiro G., Weill K. Creating an Agenda for School Based Health Promotion : a review


5. Ces structures sont amenées à devenir progressivement des Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps), conformément aux statuts de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de santé (Fnes). En ligne : http://www.fnes.fr/fnes/ [dernière consultation le 07/01/2010]
6. En ligne : http://www.anpaa.asso.fr/ [dernière consultation le 07/01/2010]
7. L'évolution du positionnement des réseaux associatifs de l'intervention vers la formation et l'accompagnement n'est pas encore achevée mais elle est, dans de nombreuses régions, très avancée.

of 25 selected reports. *Journal School Health*, August 1992, vol. 62, n° 6 : p. 212-228.

**[7]** Mukoma W., Flisher A J. Evaluations of Health Promoting Schools : a review of nine studies. *Health Promotion International*, 2004, vol. 19, n° 3 : p. 357-368.

**[8]** Stewart-Brown S. *What is the Evidence on School Health Promotion in improving Health or Preventing Disease and, specifically, what is the Effectiveness of the Health Promoting School Approach ?* WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2006.
En ligne : http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf [dernière consultation le 07/01/2010]

**[9]** McQueen D., Jones C. M. *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York : Springer, 2007 : 428 p.

**[10]** IUFM d'Auvergne, EHESP. *Apprendre à mieux vivre ensemble* [brochure de présentation]. Rennes : EHESP, 2005 : 2 p.

**[11]** Mérini C., Jourdan D., Victor P., Simar C., Bizzoni C. Faire équipe pour améliorer le climat scolaire. *Actes du 20e colloque de l'ADMEE-Europe*. Genève : Université de Genève, 2008. En ligne : https://plone2.unige.ch/admee08/communications-individuelles/m-a2/m-a2-3 [dernière consultation le 07/01/2010]

**[12]** Flajolet A. *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*. Paris : Ministère de la Santé, de la Jeunesse des Sports et de la Vie associative, 2008.
En ligne : http://www.espt.asso.fr/images/rapport_flajolet.pdf [dernière consultation le 07/01/2010]

# L'éducation à la santé, une dimension de l'éducation à la citoyenneté

L'éducation à la santé prend place au sein d'une démarche de promotion de la santé, mais elle a sa consistance propre en référence à l'éducation à la citoyenneté. Après avoir établi ses finalités en référence à l'apprentissage de la liberté et de la responsabilité en matière de santé, nous en fixerons clairement les limites. Nous étudierons ensuite les bases sur lesquelles peuvent être élaborées les activités de classe avant de proposer un exemple de progression en premier degré.

## LA LIBERTÉ ET LA RESPONSABILITÉ COMME FINALITÉS

L'éducation à la santé est l'une des dimensions de l'éducation du citoyen. Elle est ordonnée aux finalités de l'école, c'est-à-dire, en référence aux principes fondamentaux d'égalité, de liberté et de laïcité, de former les femmes et les hommes de demain, des femmes et des hommes en mesure de conduire leur vie personnelle, civique et professionnelle en pleine responsabilité et capables d'adaptation, de créativité et de solidarité[1].
La référence à la laïcité est centrale ; elle renvoie à la fois à l'égalité et à l'autonomie de la pensée, à ce qui oppose le savoir aux croyances ou aux opinions. Viser à permettre l'émergence d'esprits capables de penser par eux-mêmes, c'est leur permettre de résister aux formes d'emprise auxquelles ils sont confrontés ici et maintenant : les stéréotypes, la pression des pairs, le pouvoir

**1.** Ces principes ont été établi par la Loi n° 89-486 du 10 juillet 1989.

des médias, mais aussi les réactions émotionnelles immédiates… La circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998 précise qu'« à l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet aussi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure. Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences ».

**Ces éléments permettent de situer la légitimité de l'éducation à la santé non pas en référence aux problèmes de santé, mais en terme de construction de compétences visant à permettre à la personne de faire des choix éclairés et responsables.**

Prenons l'exemple de la consommation de tabac. Celle-ci est légale dans notre pays ; fumer relève donc de la liberté individuelle (à condition de respecter la loi, en particulier en ce qui concerne l'interdiction de fumer dans des lieux affectés à un usage collectif). S'il est légitime que l'École délivre une éducation dans ce domaine, ce n'est pas au titre d'un interdit légal (comme c'est le cas pour les drogues illicites telles que le cannabis), mais au nom d'une idée de l'Homme et du citoyen : la consommation de tabac a des conséquences importantes sur la santé. Comme d'autres psychotropes, elle peut notamment générer une dépendance, une aliénation, une perte de liberté. L'École est fondée à mettre en œuvre des activités permettant à l'élève de disposer des compétences lui permettant de conserver sa liberté, c'est-à-dire d'être capable de faire des choix responsables. Il s'agit de donner les moyens à la personne de prendre soin d'elle-même, d'être en situation d'exercer sa part de responsabilité envers sa propre santé[2].

Pour que de tels choix soient possibles, il est nécessaire que des connaissances soient acquises : connaissances de soi et de ses besoins, connaissances relatives aux effets des diverses drogues… Mais ce n'est pas suffisant. Il est indispensable d'être en capacité de choisir, de mettre à distance la pression des stéréotypes (qui associent tabac et statut d'adulte ou bien cannabis et produit jeune, banal et libérant, etc.). C'est bien le rôle de l'École que de mettre en œuvre des activités visant, par exemple, à dire la loi (la consommation de certains psychotropes est illégale), transmettre des connaissances scientifiques relatives aux produits, développer la confiance en soi ou la capacité à résister à l'emprise des médias et des pairs. Il s'agit de permettre aux élèves de s'approprier les moyens de construire leur propre liberté comme personne et comme citoyen… c'est-à-dire d'éduquer à la citoyenneté. C'est bien la personne et son émancipation qui est le cœur de l'éducation à la santé à l'École.

**2.** Nous précisons « sa part » de responsabilité, tant il est vrai que de nombreux déterminants de la santé échappent aux individus. Il serait dangereux de faire reposer sur l'individu l'entière responsabilité de sa santé.

## UNE ACTION ÉDUCATIVE RELEVANT DE LA SPHÈRE PUBLIQUE

Même si la référence de l'éducation à la santé à l'École est la construction de la personne et non tel ou tel problème de santé, il reste bien évidemment indispensable de permettre aux enfants et aux adolescents de travailler sur les rythmes de vie ou sur la consommation de tabac. Il est néanmoins clair qu'elle n'a pas à délivrer un message normatif univoque sur ces sujets (ce qui n'est évidemment pas le cas lorsque les comportements visés transgressent la loi). En effet, la responsabilité de l'éducation et de la santé d'un enfant incombe en premier lieu aux parents[3]. Ces derniers doivent être respectés dans leurs choix (là aussi, dans la mesure où ils sont compatibles avec la loi). De plus, il est légitime qu'ils connaissent avec clarté les objectifs et les méthodes employées dans les diverses structures sociales qui contribuent à l'éducation de leur enfant, l'École en particulier. Ainsi, la loi d'orientation[4] et les programmes scolaires constituent-ils un contrat entre les citoyens et l'École. Lorsque je scolarise mon enfant, « j'accepte » que ce dernier participe à des activités visant à lui permettre de maîtriser la technique de la soustraction ou de la division, mais aussi à des activités éducatives dans le domaine de la santé. Des textes donnent un cadre général à cette dimension de l'éducation de la personne.

L'éducation à la sexualité[5], par exemple, est fondée sur une prise en compte des différents aspects de la sexualité comme constitutive de la vie humaine laissant la place à une grande diversité d'approches mais dans le cadre fondamental du respect de la dignité humaine (la sienne et celle d'autrui)... Le « contrat » stipule que l'École ne dit pas qu'il y a une « bonne » et une « mauvaise » façon de vivre sa sexualité mais une diversité au sein de laquelle l'essentiel réside dans le respect de soi et d'autrui et d'un recul critique vis-à-vis des stéréotypes. Ainsi, c'est en articulation avec l'éducation familiale, en référence à la distinction sphère publique/sphère privée qu'est pensée l'éducation à la santé à l'École. C'est dans ce cadre qu'il s'agit de définir les contenus d'enseignement.

## DES CONTENUS DÉFINIS EN RÉFÉRENCE AUX PRATIQUES SOCIALES

La spécificité des objets d'enseignement concernés impose de prendre en compte leurs caractéristiques. Leur statut, inhabituel dans le milieu scolaire, de concepts à caractère juridique, idéologique et politique, nécessite de les ancrer fortement dans un réseau notionnel et conceptuel issu de différents champs disciplinaires. Mais il convient également de tenir compte de savoirs implicites, voire cachés, chargés de valeurs, qui s'y trouvent associés **[1]**. Ainsi, en l'absence de savoirs identifiés susceptibles de fonder ces contenus (une

**3.** Cet aspect fondamental a été rappelé par la circulaire n° 2002-098 du 24 avril 2002.
**4.** Loi n° 2005-380 du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'École.
**5.** Précisée par la circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003.

discipline académique), l'éducation à la santé fait appel aux pratiques sociales existantes dans le champ concerné, à ce qui est reconnu comme commun à un moment donné sans pour autant prétendre à l'universel. Ceci n'est pas spécifique à l'éducation à la santé ni même aux éducations à… L'éducation physique et sportive ou l'éducation technologique par exemple sont aussi dans cette situation. Le concept de pratiques sociales de référence, défini par Jean-Louis Martinand dans le champ didactique **[2]**, consiste à mettre en relation les activités scolaires avec « les situations, les tâches et les qualifications d'une pratique donnée ». Le problème est que, dans le domaine de la santé et plus généralement des comportements privés, il n'y a pas, par définition, de norme sociale générale et reconnue par tous.
Plusieurs cas de figures se présentent. Un certain nombre de comportements sont clairement encadrés par la loi (drogues illicites, violences sexuelles, conduite sous l'emprise des psychotropes…). Les savoirs enseignés sont légitimés par le rôle de l'École dans la formation du citoyen et l'éducation au « vivre ensemble » pour lequel le rapport à la loi est central. D'autres comportements, s'ils restent du registre de la liberté individuelle, font l'objet d'un consensus social fort : c'est le cas, notamment, de la consommation de tabac ou de l'exposition au soleil. Enfin, pour d'autres, il n'y a pas une pratique sociale déterminée sur laquelle fonder la transmission soit que ce ne soit pas possible pour des raisons éthiques de respect des différences, soit par manque d'information scientifique ou des représentations sociales associées. C'est le cas notamment du domaine de la sexualité. Pour ce thème, c'est la référence à ce qui définit le « vivre ensemble », c'est-à-dire les valeurs de dignité, de liberté, de responsabilité, de laïcité comme de fraternité qui doit guider la définition des contenus et aussi les limites de la contribution de l'École.

## LA PLACE DES DIVERSES THÉMATIQUES

L'éducation à la santé, telle qu'elle est définie dans le système éducatif français, renvoie à de multiples domaines. De prime abord, il semble difficile de regrouper dans un même ensemble des activités éducatives aussi hétéroclites que celles ayant pour objet l'équilibre alimentaire, les rythmes de vie, les habitudes d'hygiène quotidienne, l'épanouissement de la sexualité de la personne, la prévention de la violence, des toxicomanies, de la prise de risques routiers, la diminution du risque cardiovasculaire ainsi que le développement d'un regard positif sur son propre corps ou le respect d'autrui… La question de l'unité de l'éducation à la santé en milieu scolaire est nécessairement posée, car l'élaboration d'un programme listant les compétences à acquérir dans tous ces champs conduirait à la structuration d'un édifice lourd et complexe[6]. Or, l'éducation d'une personne ne peut être basée sur l'empilement de modules,

**6.** Certains textes, notamment le plan quinquennal, présentent l'intérêt d'aborder l'ensemble des dimensions de la promotion de la santé à l'École, mais ont corrélativement l'inconvénient de mettre en avant un nombre considérable de « priorités » à prendre en compte.

aussi légitimes soient-ils ; il doit y avoir cohérence[7]. Ce qui est valable pour l'éducation en général l'est aussi pour l'éducation à la santé. L'empilement de séquences éducatives sur un vaste ensemble de thèmes conduit, de surcroît, à allouer un temps très court à chacune de ces séquences : le temps scolaire n'est pas extensible et les priorités éducatives sont bien nombreuses ! En général, lorsque l'éducateur dispose de peu de temps, son action se limite à une information. L'ensemble de ces raisons ne peut que conduire à faire le deuil d'une approche exhaustive des problèmes de santé et des risques potentiels. Cette liste de thèmes a, du reste, pour caractéristique d'évoluer au cours du temps : les comportements à promouvoir et les risques à prévenir, lorsque les élèves d'aujourd'hui auront atteint l'âge adulte, ne seront probablement pas les mêmes que ceux qui sont l'objet de l'éducation à la santé de nos jours. Il n'est d'autre choix que de faire confiance à l'apprenant et d'aborder l'éducation à la santé comme un tout cohérent qui prend sa place au cœur de l'ensemble des activités éducatives de l'École. Cette nécessité de cohérence éducative est loin d'être en opposition avec les apports des neurosciences[8] et de la psychologie en particulier dans le domaine des conduites à risque. Les motivations qui conduisent à regrouper la consommation pathologique de psychotropes (alcool, cannabis, héroïne, cocaïne, anxiolytiques...), la prise de risques sportifs ou routiers, les troubles du comportement alimentaire ou le dopage, dans les conduites à risque, sont liées au fait que bon nombre des facteurs psychologiques ou environnementaux qui les conditionnent sont communs. Identifier des éléments communs (sur lesquels l'éducation est susceptible d'avoir une action) ne veut bien évidemment pas dire que tous les objets de l'éducation à la santé soient solubles dans un seul et même cadre explicatif. Une telle approche ignorerait la complexité inhérente aux réalités humaines. Les questions posées par les conduites à risque (toxicomanies, risque routier, sportif, violence...) et celles relatives au « prendre soin de soi et des autres » (hygiène, nutrition, rythmes de vie, activité physique...) restent encore, pour une large part, différentes. Pour autant, il reste possible de trouver une certaine cohérence par l'analyse des facteurs qui, dans l'histoire de l'individu, sont susceptibles d'interagir avec la mise en œuvre de comportements mettant en cause sa santé et celle de la communauté. Il est bien évident que l'École n'a ni la mission ni les moyens d'agir sur l'ensemble des aspects concernés ; pour autant, certains sont accessibles à l'action éducative en milieu scolaire. Ceci ne

---

**7.** D'une façon générale, l'une des causes les plus profondes de l'échec scolaire est localisée dans cette absence de perception de sens chez les élèves et au sentiment de passer arbitrairement d'un domaine de connaissance à l'autre.

**8.** Les bases neurochimiques, des comportements addictifs, par exemple, sont communes : tous les psychotropes modifient la production de certains neuromédiateurs dans le système nerveux central et agissent sur la production d'hormones. On sait en particulier qu'une de leurs actions est d'accroître la production de la dopamine dans les structures du cerveau impliquées dans la régulation des émotions. Des stimulations d'une autre nature que la prise de psychotropes sont susceptibles d'avoir des effets de même nature. Il s'agit en particulier de la pratique physique intense ; les sportifs acharnés qui doivent brutalement cesser leur activité peuvent être plongés dans un véritable état de manque physique. Le dopage est par ailleurs considéré par de nombreux auteurs comme étant une forme de toxicomanie. En tout état de cause, il existe un lien entre pratique physique de haut niveau, dopage et toxicomanie, cette dernière se développant particulièrement au cours de périodes de vulnérabilité : blessure, arrêt, baisse des résultats.

doit pas nous conduire à estimer que « tout est dans tout et réciproquement ». Des contenus spécifiques doivent indéniablement faire l'objet d'apprentissages. Il est probablement tout aussi inadéquat de réduire l'éducation à la santé à des apports thématiques que de la limiter au développement de savoir-être généraux (compétences personnelles et sociales au sens large du terme). Il est une nouvelle fois question ici d'articulation de dimensions différentes et irréductibles **[tableau I]**.

## TABLEAU I

**Éducation à la santé et thèmes**

Les diverses thématiques de l'éducation à la santé peuvent se répartir en deux groupes. Celles qui sont centrées sur la prévention des conduites à risque et celles qui renvoient au prendre soin de soi et des autres.

Une action éducative qui vise à permettre aux élèves :
• d'être autonome en matière de santé ;
• faire des choix libres et responsables.

| Apprendre à prendre soin de soi et des autres | Éviter les conduites à risque |
|---|---|
| « Prendre soin » ne renvoie pas à un mode de vie standardisé. L'action éducative ne peut être normative tant le poids des déterminants sociaux et de la diversité des situations humaines est grand. L'individu ne peut être tenu pour seul responsable de ses choix ni, corrélativement, être considéré comme le jouet de déterminants sociaux qui le dépassent. Cette idée du « prendre soin » n'inclut aucun caractère moral ; elle est centrée sur la capacité à choisir et sur la responsabilité qui sont des compétences citoyennes. Elle situe la santé non comme une fin en soi, mais comme une condition de possibilité d'une vie pleinement humaine. Enfin, contrairement aux conduites à risque, les thèmes concernés ne sont pas nécessairement en lien avec une problématique sociale aiguë. | Les conduites à risque peuvent se définir comme « l'exposition d'une personne à une probabilité non négligeable de se blesser ou de mourir, de léser son avenir personnel ou de mettre sa santé en péril »[1]. Il peut s'agir d'actes uniques ou d'habitudes installées dans la durée. Cette définition ne préjuge pas du caractère légal ou illégal des conduites. Cette approche des questions de santé par les conduites à risque n'a pas de caractère normatif et ne se réfère pas à une vie « sans risque ». Elle n'inclut aucun caractère moral ; elle est centrée sur la capacité à choisir et la responsabilité qui sont des compétences citoyennes. Enfin, les thèmes concernés sont en général en lien avec des questions sociales vives. |
| • Alimentation<br>• Hygiène<br>• Rythmes de vie<br>• Sexualité<br>• Activité physique<br>• Sécurité (domestique, routière, professionnelle)<br>• Apprentissage du porter secours<br>• Usage du système de santé<br>• etc. | • Usage de substances psychoactives licites ou illicites (toxicomanies, consommations à risque)<br>• Violence dirigée contre soi ou contre les autres<br>• Conduites dangereuses sur la route et dans le cadre d'activités sportives<br>• Conduites sexuelles à risque<br>• etc. |

Dans les deux cas, il n'est pas possible de se référer à une causalité univoque. On retrouve toujours l'interaction entre les comportements considérés, les spécificités des personnes et de leur histoire et les déterminants environnementaux.

Dans les deux cas, l'action en milieu scolaire se réfère à la citoyenneté et au vivre ensemble. Elle s'inscrit dans la double finalité de la création des conditions de la réussite de tous les élèves et de l'émancipation des personnes.

---

1. Le Berton, cité dans Bantuelle M., Demeulemeester R., (dir.). *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*. Saint-Denis : Inpes, coll. Référentiels, 2003 : p. 48.

## Bibliographie

[1] Lange J. M., Victor P. Didactique curriculaire et « éducation à… la santé, l'environnement et au développement durable : quelles questions, quels repères ? *Didaskalia*, 2006, n° 28 : p. 85-100.

[2] Martinand J. L. Pratiques sociales de référence et compétences techniques. À propos d'un projet d'initiation aux techniques de fabrication mécanique en classe de quatrième. *In :* Giordan A., coord. *Diffusion et appropriation du savoir scientifique : enseignement et vulgarisation*. Actes des 3e Journées internationales sur l'éducation scientifique. Paris : Université Paris 7, 1981 : p. 149-154.

# Les activités de classe visant à développer des savoirs, des capacités et des attitudes

## SUR QUELLES BASES FONDER LES ACTIVITÉS DE CLASSE ?

Pour le système éducatif, du fait de la nature même de sa mission en référence à l'émancipation, le centre des préoccupations n'est pas la maladie ou même le comportement à risque, mais la personne. Aussi, l'activité de classe ne peut-elle pas être assise en premier lieu sur la connaissance des différentes conduites à risque. Les bases susceptibles de fonder la pratique sont plutôt relatives à ce qui fait qu'une personne est capable de garder sa liberté vis-à-vis d'un produit ou d'un comportement, de mettre en œuvre telle ou telle attitude responsable pour elle comme pour autrui. On ne pourra donc ni réduire la personne au comportement qu'elle pratique, ni faire l'impasse sur la complexité des déterminants qui sont à l'œuvre dans sa vie et dont la majorité échappe totalement à la sphère scolaire.

> L'éducateur se doit de faire preuve d'humilité, se situant en position d'accompagnement d'une personne à un moment de son histoire sans ambitionner une quelconque maîtrise.

Des travaux de recherche ont exploré cette question, de nombreux articles et ouvrages ont été publiés. Ils ne donnent pas de « recette miracle » qu'il suffirait d'appliquer. La pratique ne saurait être l'application directe d'une théorie, et le professionnel se doit de conserver un regard critique quant aux diverses interprétations des résultats des travaux scientifiques. Pour autant, si aucune

théorie ne peut prétendre rendre compte de la complexité des comportements humains, quelques-unes des données obtenues sont susceptibles d'éclairer les acteurs de l'éducation à la santé **[1]**. Les études convergent notamment sur le fait que plusieurs types de facteurs sont susceptibles d'interagir avec le développement des conduites à risque. D'une façon très générale, il s'agit de ceux liés à la personne elle-même, aux comportements et à l'environnement. Dans le but de rendre l'exposé le plus clair possible, nous prendrons ici le cas des conduites addictives. Dans un second temps, nous généraliserons les conclusions de cette analyse[1] **[encadré 1]**.

**ENCADRÉ 1**
**Les facteurs intervenant dans l'usage nocif d'un produit selon Michel Reynaud [2]**

L'usage nocif peut être considéré comme étant « la résultante de l'interaction de trois facteurs rappelant l'équation à trois inconnues formulée par Claude Olievenstein : un produit, une personnalité, un moment socioculturel. Le premier facteur de risques est celui lié au produit, qui est double : risque de dépendance et risque d'apparition de complications sanitaires, psychologiques ou sociales. Le second est représenté par les facteurs individuels de vulnérabilité, qu'ils soient d'ordre psychologique, psychiatrique, biologique ou génétique. Et enfin, le troisième regroupe les facteurs de risques environnementaux, tels les facteurs sociaux, familiaux et socioculturels ».

## Les facteurs liés à la personne

Le premier fait à prendre en compte est que tout le monde ne devient pas dépendant de produits psychoactifs… Le produit ou le comportement en lui-même n'est pas seul en cause : le cas de l'alcool est tout à fait éclairant à cet égard. Dans les pays occidentaux, si tous les individus y ont accès et bien que près de 95 % des plus de 15 ans en boivent, seule une fraction de la population française a une consommation problématique. Cinq millions de personnes présentent des difficultés médicales, psychologiques ou sociales liées à leur consommation **[3]**. Pour autant, stigmatiser l'alcool, l'identifier au mal « en soi » ne peut être acceptable[2]. Ceci est aussi valable pour les opiacés, psychotropes qui peuvent générer de puissants phénomènes de dépendance. Une très classique étude anglaise a montré que sur 11 882 patients traités pendant plus de six mois par des opiacés dans le cadre de la lutte contre la douleur, seuls quatre d'entre eux ont présenté des manifestations de dépendance **[4]**. Dans ce cas non plus, l'exposition au psychotrope ne suffit pas à expliquer

**1.** Nous suivrons ici de près le texte que nous avons publié dans le numéro 143 de la revue *Ville École Intégration :* Jourdan D. Prévenir les conduites addictives à l'école, *Ville École Intégration*, décembre 2005, n° 143.
**2.** Et ce, d'autant plus que des effets positifs de certains types de consommation d'alcool dans la prévention des maladies cardiovasculaires et certaines maladies neurodégénératives ont été démontrés.

la pharmacodépendance. D'une façon plus générale, les études récentes montrent que moins de 20 % des personnes consommant des substances psychoactives développent un usage nocif ou une dépendance **[5]**. Il est donc légitime de se préoccuper des raisons pour lesquelles seule une partie des consommateurs est en difficulté avec le produit.

Des travaux ont été conduits dans le but d'identifier les facteurs susceptibles de permettre de comprendre cette vulnérabilité particulière. Ils sont nombreux et relèvent des sphères biologique[3], psychologique ou sociale... Pour ce qui est des déterminants personnels, les données obtenues ne sont pas toujours faciles à interpréter, mais on retrouve souvent à un moment de l'histoire des personnes : « faible estime de soi, autodépréciation, timidité, réaction émotionnelle excessive, difficulté à faire face aux événements, difficulté à établir des relations stables et satisfaisantes, difficulté à résoudre les problèmes interpersonnels » **[6]**. Autrement dit, il s'agit de difficultés dans la maîtrise des compétences personnelles et sociales[4]. Ces compétences correspondent à « la capacité d'une personne à répondre de façon adaptée aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est son aptitude à maintenir un état de bien-être, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement »[5]. D'autres éléments interviennent en ce qui concerne la période spécifique de l'adolescence : la curiosité, le désir de tester des limites, la recherche de sensations nouvelles.

Il est important de rappeler ici que notre propos est bien de réfléchir à ce qui peut fonder l'action éducative et non la démarche thérapeutique. En effet, dès qu'il s'agit de conduites à risque, c'est en général d'abord vers la façon dont les personnes, qui les mettent en œuvre, peuvent être soignées, accompagnées, que se tournent les regards. Par exemple, la psychiatrie lie souvent la toxicomanie à une blessure narcissique vécue dans la petite enfance et développe des démarches de soins adaptées. L'éducation à la santé ne se situe pas dans le même registre. D'une part, elle est destinée à tous les élèves, et non limitée aux plus vulnérables d'entre eux ou à ceux qui rencontrent déjà des difficultés[6]. D'autre part, elle ne vise pas à réparer ni à combler des manques de ce type, ce qu'elle ne pourrait du reste pas réaliser. Son ambition de développement de compétences personnelles, sociales et civiques est nécessairement modeste.

L'essentiel pour l'éducateur réside dans le fait que l'absence d'information scientifique n'est pas le seul paramètre conditionnant la consommation. Une

---

**3.** Il existe une réelle inégalité biologique devant les différents produits ou comportements. La plus connue concerne la capacité à métaboliser l'alcool qui est plus faible chez la femme que chez l'homme. On a aussi montré des différences interpersonnelles dans la sensibilité aux psychotropes.

**4.** Certains auteurs utilisent plutôt le terme de « compétences de vie ».

**5.** Définition tirée de l'ouvrage de Sandrin-Berthon B. *Apprendre la santé à l'école*. Paris : ESF, 1997 : 127 p.

**6.** Des dispositifs coordonnés par les équipes de santé scolaire et les Rased sont destinés aux élèves à besoins éducatifs spécifiques (Ministère de l'Éducation nationale. *Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves*. Circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001, BOEN Spécial, n° 1, 25 janvier 2001). La mission de « scolarisation des élèves malades chroniques ou en situation de handicap, pour prise en compte de leurs besoins particuliers au regard de leur scolarisation et pour contribution à l'éducation thérapeutique » relève de la compétence des médecins et infirmiers de l'Éducation nationale.

éducation à la santé visant à permettre aux personnes de garder leur liberté vis-à-vis des produits psychoactifs devra laisser une large place au développement de ces compétences personnelles et sociales.

## Les comportements eux-mêmes

Les facteurs liés à la personne ne suffisent pas à rendre compte des conduites à risque. En effet, tous les comportements ne posent pas le même type de problèmes ; on ne devient pas dépendant à n'importe quoi. Sur ce dernier point, certains donnent une définition large de la dépendance en la fondant uniquement sur le désir de se procurer tel ou tel produit ou de mettre en œuvre tel ou tel comportement. On pourrait donc être dépendant, par exemple, du chocolat... Même si des comportements de consommation compulsive existent, il nous semble important d'isoler la dépendance au sens strict de ces comportements. En effet, si l'on peut consommer de façon régulière et massive du chocolat, on ne peut pas parler de dépendance. Pour qu'il y ait dépendance[7], il faut à la fois qu'il y ait désir de se procurer les produits, perte de contrôle des quantités consommées, signes de sevrage et tolérance. À notre connaissance, la tolérance, qui se manifeste par la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir le même effet, n'a pas été décrite dans le cas du chocolat, pas plus que de l'existence d'un syndrome de sevrage. On peut être « accro » à tel ou tel comportement, mais on ne peut considérer qu'il y a dépendance réelle que lorsqu'il y a perte de liberté vis-à-vis de cette consommation, lorsqu'il y a envahissement de l'existence par la recherche du comportement ou du produit considéré. Ce point est suffisamment important pour que l'on distingue nettement la dépendance précédemment décrite et l'usage problématique. Ce dernier se caractérise par une utilisation nocive pour la santé et s'évalue par ses conséquences observables. Il ne comporte ni perte de contrôle ni obsession à se procurer le produit. L'éducation à la santé ne peut donc faire l'impasse sur la maîtrise par les enfants de savoirs spécifiques sur les caractéristiques des produits puisque tous ne se valent pas. Le discours dominant au cours de ces dernières années était volontiers négatif pour l'information ; il ne faudrait pas qu'il conduise à une dévalorisation de l'action sur la composante rationnelle de la détermination des comportements. Autant il est inacceptable de réduire l'homme à une machine rationnelle susceptible d'opérer des choix en référence exclusive aux informations scientifiques, autant il est dangereux de négliger les savoirs nécessaires au discernement.

En ce qui concerne les consommations elles-mêmes, il est important de souligner qu'il existe une réelle diversité de rapports aux produits. Dans le cas du cannabis, par exemple, les conséquences sur le développement psychique et social d'une consommation occasionnelle, dont le but est récréatif, sont bien différentes de celles d'une consommation régulière, qui peut évoluer vers la

7. Au sens de la définition de Goodman : « Un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives ».

dépendance **[7]**. Schématiquement, on distingue trois types de consommation en fonction de l'effet recherché par le sujet, ainsi que de leur impact sur le contexte social et relationnel dans lequel celle-ci se déroule **[8]** :

- la consommation occasionnelle dite festive dont le but est la curiosité, la recherche de sensations nouvelles, éventuellement de plaisir ou de stratégies pour se sentir appartenir à un groupe ;
- la consommation auto-thérapeutique, visant à l'apaisement d'une tension et souvent associée à un début de démotivation générale et au décrochage scolaire. C'est une consommation plutôt solitaire, la plupart du temps associée à des troubles anxieux et à des troubles du sommeil ;
- la consommation toxicomaniaque liée à la recherche d'un effet anesthésiant est à la fois solitaire et en groupe, associée à la rupture de la scolarité ou de la formation, aboutissant souvent à l'exclusion du système **[tableau I]**.

## TABLEAU I

**Les différents types de consommation de cannabis selon D. Marcelli et A. Braconnier [8]**

| | Types de consommation | | |
|---|---|---|---|
| | FESTIVE | AUTOTHÉRAPEUTIQUE | TOXICOMANIAQUE |
| **Effet recherché** | **Euphorisant** | **Anxiolytique** | **Anesthésiant** |
| **Mode social de consommation** | En groupe | Plutôt solitaire | Solitaire et en groupe |
| **Scolarité** | Scolarité normale | Signes de « décrochage »<br>Problèmes de concentration, attention, redoublements<br>Absentéisme non justifié | Rupture<br>Échecs répétés, expulsion du système, absentéisme prolongé, etc. |
| **Activités sociales** | Conservées | Limitées | Marginalisation<br>Plus de relations avec des personnes marginalisées |
| **Facteurs de risque familiaux** | Absents | Pas nécessairement présents | Présents<br>Relations pathologiques, conflits, difficultés socio-économiques majeures, etc. |
| **Facteurs de risque individuels** | Absents | Présents<br>Troubles du sommeil, troubles anxieux, dépression | Présents |

Du point de vue médical, « il y aura donc toujours des usages problématiques qui nécessitent des aides et des prises en charge et d'autres pour lesquels aucune intervention spécifique ne sera nécessaire » **[9]**. Cette diversité est une donnée importante pour l'éducateur. En effet, on ne peut mettre sur le même plan ces différents types de consommation. La banalisation (qui défendrait une pseudo-innocuité du produit) est tout aussi dangereuse que la dramatisation (qui voudrait présenter tous les consommateurs de cannabis comme des toxicomanes dépendants appelés à passer à des drogues « plus dures »).
Un autre aspect de ces comportements doit être souligné, c'est celui de leur sens. Dans tous les cas, il existe un lien entre les besoins de la personne et

les comportements mis en œuvre. Le recours aux différents comportements et produits peut aussi être interprété comme moyen de satisfaire les besoins fondamentaux de l'individu. Il existe, par exemple, des liens entre consommation de tabac ou de cannabis et besoin d'appartenance à un groupe. D'autres pratiques peuvent être liées à la gestion du mal-être. La conduite à risque ne peut être considérée comme un élément extérieur à la personne humaine, à l'image d'un parasite qu'il suffirait d'ôter pour que l'individu en soit libéré. Elle prend place dans son équilibre global et répond à des besoins. Il est dangereux d'isoler le comportement, de le considérer comme une chose à part. Une approche éducative de la prévention des conduites à risque devra donc permettre aux enfants d'identifier et d'exprimer leurs besoins essentiels[8] et de porter un regard lucide sur les façons de les satisfaire.
Enfin, ces comportements n'ont pas tous le même statut aux yeux de la loi. Même s'il est un fait que 60 000 personnes décèdent chaque année des conséquences du tabagisme et que les données épidémiologiques ne permettent pas d'identifier de façon claire les conséquences de la consommation de cannabis en terme de mortalité[9], il n'en reste pas moins que la consommation du premier psychotrope est légale et pas celle du second. L'éducation à la santé dans le cadre de l'apprentissage du « vivre ensemble » ne peut faire l'impasse sur un travail concernant la loi.

## Le rôle de l'environnement

La nature des comportements et les aspects individuels ne sont pas suffisants pour décrire toute la complexité des phénomènes. En effet, selon les cultures ou les milieux de vie considérés, le rapport aux produits et aux comportements diffère fortement. On n'entretient pas le même rapport à l'alcool, aux dérivés de la Coca et aux opiacés en Asie, en Europe et en Amérique du Sud. Les consommateurs et le sens attribué à la consommation de produits illicites dans les années soixante (classes moyennes et supérieures, contre-culture, référence aux artistes, aux poètes) ne sont pas les mêmes que ceux des années quatre-vingt (milieux populaires, défonce, oubli) **[10]**. De plus, les stéréotypes sociaux, en particulier véhiculés par les médias, jouent un rôle dans certaines conduites : performance dans la vie professionnelle et consommation de produits psychostimulants, morphologie des top-modèles et troubles du comportement alimentaire, consommation d'alcool et prise de risque pour être un « vrai homme ». Plus fondamentalement encore, le milieu familial a

---

**8.** Ces besoins ne se limitent pas aux besoins fondamentaux, mais touchent toutes les dimensions de la personne humaine. Ils peuvent être classés, à la suite d'A. Maslow, en besoins physiologiques, besoins de sécurité, besoins d'appartenance, besoins d'estime et de considération et besoins de réalisation de soi.

**9.** Peu de données fiables sont disponibles du fait de la nature du produit et des difficultés spécifiques de dosage. Selon l'étude *Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière*, le nombre annuel de victimes directement imputable au sur-risque de responsabilité attaché à une conduite sous cannabis serait de l'ordre de 180 tués, sur une base de 6 000 accidents mortels par an (Laumon B., Gadegbeku B., Martin J. L., Biecheler M. B., SAM Group. Cannabis Intoxication and Fatal Road Crashes in France : Population Based Case-control Study. *British Medical Journal*, décembre 2005, vol. 10, n° 331 (7529) : p. 1371).
En ligne : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/artBMJen.pdf [dernière consultation le 08/01/2010]

une influence prépondérante sur les habitudes alimentaires, les rythmes de vie, l'hygiène, le rapport aux produits psychoactifs. Les relations à l'intérieur de la famille ont aussi un impact déterminant : « Un faible niveau d'encadrement, d'autorité et d'implication parentale, une attitude coercitive, injuste et incohérente de la part des parents, la perception par l'enfant d'un manque de proximité des parents sont autant de facteurs de risques pour la survenue d'un usage nocif ou d'une dépendance » **[5]**. De la même façon, le groupe des pairs joue un rôle important dans l'initiation et la consommation de substances psychoactives.

Il existe donc une influence forte de l'environnement sur les comportements liés à la santé : la famille, les pairs et le bain culturel et médiatique. Il est néanmoins important de préciser que, même si l'on peut considérer qu'il existe des « psychotropes de riches » et des « psychotropes de pauvres », des « comportements de riches » et des « comportements de pauvres » et même si dans certains quartiers défavorisés la circulation de drogues illicites est un facteur favorisant de la consommation, le milieu socioculturel d'origine se révèle sans relation nette avec l'apparition d'un usage nocif ou d'une dépendance[10]. L'influence de l'environnement est donc pour le moins complexe ; l'usage de produits comme béquille psychologique n'est pas spécifique d'un milieu ou d'un type de comportement ; l'objet de l'éducation à la santé dépasse largement la prévention de comportements marginaux[11]... Il est à noter ici que, contrairement au cas des conduites addictives, la plupart des problématiques de santé sont fortement liées aux variables socio-économiques[12].

Cette approche des facteurs liés aux conduites à risque en matière de consommation de produits psychoactifs peut être généralisée aux autres domaines de l'éducation à la santé. S'il est bien évident qu'on ne peut mettre sur le même plan prévention de la consommation de cannabis et travail sur l'hygiène ou l'alimentation, il n'en reste pas moins que, dans tous les cas, on retrouve cette interaction complexe de déterminants liés à la personne, aux comportements et à l'environnement. Par exemple, le travail sur les compétences personnelles et sociales est déterminant dans le domaine de l'hygiène, car prendre soin de soi n'est possible que si l'on porte un regard positif sur soi-même, si l'on est capable d'identifier ses propres besoins. Les connaissances relatives aux prati-

---

**10.** Dans l'étude *Les usages de drogues des adolescents parisiens. Analyse de l'enquête Escapad*, François Beck, Stéphane Legleye et Stanislas Spilka montrent par exemple que « concernant les produits les plus courants (tabac, alcool, cannabis et médicaments psychotropes), la cartographie se dessine très clairement : les jeunes du Nord-Est parisien [milieu social modeste] apparaissent toujours moins consommateurs et le Sud-Ouest [milieu plus aisé] présente toujours une plus grande proportion d'usagers, et ce quel que soit le produit ou le niveau d'usage » (Beck F., Legleye S., Spilka S. *Les usages de drogues des adolescents parisiens. Analyse de l'enquête Escapad*. Saint-Denis : OFDT, 2005 : 200 p.).
En ligne : http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap05/epfxfblc.html [dernière consultation le 08/01/2010]

**11.** Des travaux ont montré que 12 à 18 % des Français exerçant des professions de cadres supérieurs à haut stress indiquent se doper sans avis médical et consommer des tranquillisants, des antidépresseurs ou des psychostimulants. En ce qui concerne les étudiants, l'enquête Mnef a permis de montrer que 25 % des étudiants prennent des tranquillisants ou des psychostimulants en période d'examen, taux qui passe à 40 % parmi les étudiants en médecine !

**12.** Un travail a été conduit sur ce sujet par les équipes de santé scolaire, la contribution à la recherche étant l'une de leurs missions : Guignon N., Herbet J. P., Fonteneau L., Guthmann J. P. La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Premiers résultats. *Études et résultats de la DRESS*, avril 2008, n° 632 : 8 p.
En ligne : http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er632.pdf [dernière consultation le 08/01/2010]

ques qui freinent ou au contraire stimulent la dissémination microbienne sont aussi nécessaires. C'est aussi le cas des capacités à identifier, classer, hiérarchiser, soumettre à critique l'information et la mettre à distance, distinguer les savoirs des croyances ou avoir conscience de la place et de l'influence des préjugés.
Cette approche des conduites à risque comme du prendre soin de soi rejoint celle basée sur le renforcement des facteurs de protection[13]. Les déterminants de la santé et du bien-être d'un côté et ceux des conduites à risque de l'autre sont les deux faces d'une même réalité simplement observée sous des angles différents. Une faible perception du risque et la recherche systématique de sensations sont des facteurs de risque comme le fait d'avoir une connaissance de soi suffisante et une appréciation du risque adaptée sont des facteurs de santé. Les facteurs de protection sont le reflet, en miroir, des facteurs de risque.
Dans le même esprit que ce que nous avons proposé, il s'agit d'analyser les déterminants de la santé des enfants et des adolescents **[tableau II]** puis de sélectionner ceux sur lesquels il est possible d'agir, et, ainsi, de mettre en œuvre des dispositifs permettant de renforcer les facteurs individuels comme environnementaux favorables à la santé au détriment des facteurs de risque.

## DES SAVOIRS, DES CAPACITÉS, DES ATTITUDES

En se fondant sur les données précédentes et les spécificités du système éducatif français[14], sans toutefois prétendre épuiser la question, il est possible d'organiser les finalités de l'éducation à la santé autour de trois pôles :

- permettre l'acquisition de savoirs et savoir-faire, notamment ceux relatifs au corps et à la santé, aborder et permettre l'expression des élèves sur des problèmes de société qui font appel à la fois à des valeurs, des lois, des savoirs scientifiques ;
- contribuer à l'apprentissage des savoir-être (compétences personnelles, sociales et civiques) ;
- développer chez les élèves la résistance à l'emprise de l'environnement (stéréotypes, médias, pairs…) et la capacité à identifier les soutiens et les ressources locales.

Habituellement, les activités se limitent au premier pôle. Prenons l'exemple de l'éducation nutritionnelle. Les programmes, souvent très pertinents au plan pédagogique, permettent aux élèves de s'approprier des savoirs et des savoir-faire relatifs à l'équilibre alimentaire. Cet aspect nécessaire gagnerait à être complété par (1) un travail sur l'image de soi, la perception du corps,

---

**13.** Le ministère de l'Éducation nationale a signé, en 2003, un contrat cadre de partenariat avec le ministère de la Santé. Il prévoit notamment des actions qui visent à renforcer les facteurs de protection chez les enfants et les jeunes avec une approche globale de la santé.
**14.** En référence au socle commun de connaissances et de compétences.

## TABLEAU II

**Les facteurs influant sur la santé et le bien-être des enfants et adolescents d'âge scolaire selon M. Hamel, L. Blanchet, C. Martin [11]**

| Individu | Environnement immédiat | Environnement global |
|---|---|---|
| **Biologie et génétique** | **Famille** | **Valeurs sociales et culturelles** |
| Sexe<br>Origine ethnique<br>Maladie, handicap | Caractéristiques personnelles des parents<br>Caractéristiques socio-économiques de la famille (revenu suffisant et pauvreté, niveau de scolarité des parents)<br>Type et composition de la famille<br>Attitudes et valeurs des parents<br>Relation parents-enfants<br>Pratiques éducatives des parents | Tolérance vis-à-vis de la violence<br>Place faite aux jeunes<br>Culture axée sur la compétition ou la coopération<br>Publicité et pression à la consommation faites par les médias |
| **Psychologie** | **École** | **Environnement politique et conditions économiques** |
| Concept de soi<br>Compétences sociales<br>Autres compétences (motrices, intellectuelles, etc.) | Climat scolaire<br>Pratiques pédagogiques<br>Caractéristiques de la population scolaire<br>Ouverture de l'école à la communauté | Politiques sociales<br>Concertation intersectorielle<br>Niveau et sécurité du revenu<br>Emploi et chômage |
| **Habitudes de vie** | **Soutien social** | **Organisation des services et des programmes** |
| Activité physique<br>Alimentation<br>Sommeil<br>Consommation d'alcool et de drogues<br>Tabagisme<br>Comportements sexuels<br>Manière de faire face aux difficultés, stress, etc.<br>Attitude face au risque, au danger | Soutien des parents, des enseignants, d'autres adultes, des pairs | Disponibilité et accessibilité<br>Coordination |
| | **Autres milieux de vie** | |
| | Accessibilité à d'autres milieux de vie de qualité : voisinage, clubs sportifs, groupements culturels… | |
| | **Environnement physique** | |
| | Sécurité et salubrité du logement, des écoles<br>Absence de matières toxiques et de contaminants (air, eau)<br>Sécurité de l'environnement | |

la confiance en soi et (2) des activités visant à développer un regard critique vis-à-vis des stéréotypes médiatiques de la minceur extrême, des publicités relatives aux produits alimentaires… Le **tableau III** propose une synthèse des différents points d'attention pouvant être pris en compte dans une démarche d'élaboration d'un projet dans le domaine de l'éducation nutritionnelle.

Autrement dit, éduquer à la santé revient à permettre à l'enfant de développer des capacités d'agir, de choisir, de décider d'une manière autonome et responsable ainsi que des capacités d'affronter la réalité et de faire face aux conflits. L'éducation à la santé n'est ainsi pas en périphérie, mais au cœur de la mission de l'École **[figures 1 et 2]**.

En se référant au socle commun, il est possible de détailler plus avant les connaissances et compétences correspondant aux trois pôles.

## TABLEAU III

**Ce tableau propose quelques points d'attention spécifiques qui peuvent être pris en compte dans le cadre de l'élaboration d'un dispositif d'éducation nutritionnelle en milieu scolaire. Il ne s'agit pas d'une approche exhaustive, mais du rappel de quelques pistes classiques qui font déjà l'objet de toute l'attention d'une large part des acteurs [12]**

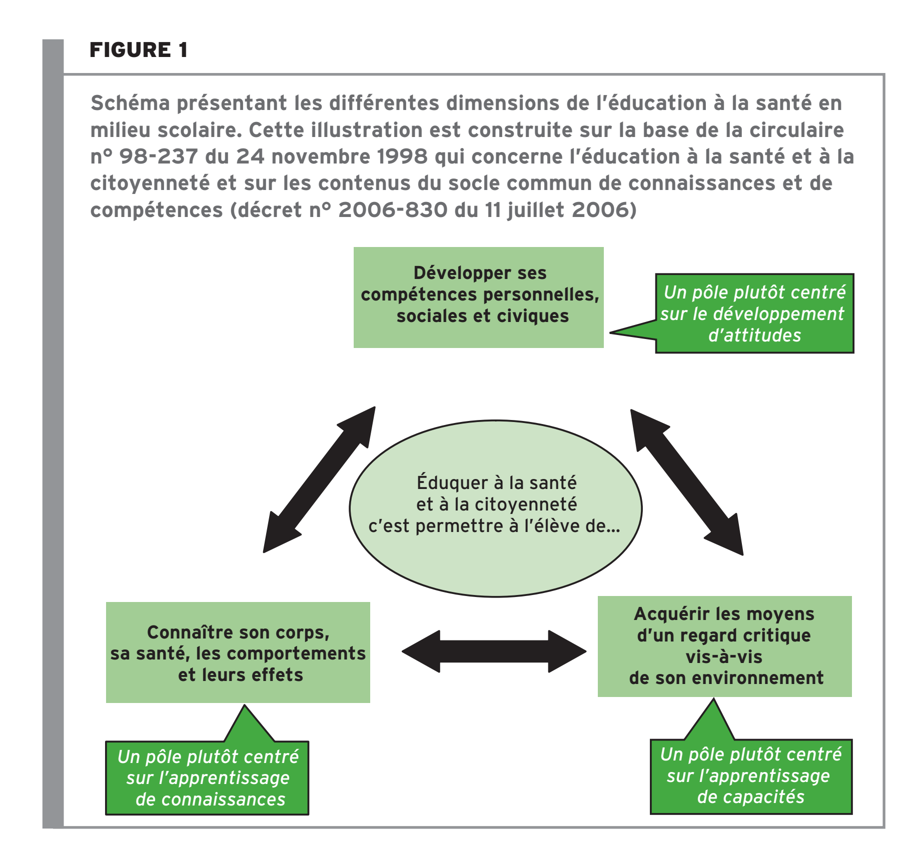
| Des points d'attention | Des questions |
|---|---|
| La mission de l'École | Comment le dispositif d'éducation nutritionnelle prend-il en compte la spécificité de l'École, en particulier en ce qui concerne l'articulation éducation familiale et éducation scolaire ?<br>Quelles précautions sont prises pour que ce qui est développé dans les séquences éducatives fasse bien référence au « vivre ensemble » ?<br>Comment prend-il en compte les questions éthiques posées par l'intervention éducative ? |
| Les finalités de l'éducation scolaire | Comment le dispositif articule-t-il la finalité de l'éducation scolaire (émancipation de la personne, éducation du citoyen) avec les objectifs de santé publique ?<br>Comment la capacité à choisir de façon libre et responsable est-elle développée par le dispositif ? |
| La prise en compte de différents aspects de l'éducation nutritionnelle | Comment le dispositif articule-t-il les trois pôles que sont le développement :<br>- des connaissances et compétences relatives à la nutrition ;<br>- des compétences personnelles (connaissance de soi, confiance en soi, autonomie, respect d'autrui, capacité à choisir…) ;<br>- des connaissances quant aux dimensions sociales de la nutrition et des compétences nécessaires à la mise à distance critique des stéréotypes ou des médias ? |
| La dynamique collective de l'établissement | Comment le dispositif entre-t-il en résonance avec les programmes scolaires, la dynamique de l'établissement ? Comment s'insère-t-il dans le travail collectif déjà existant plutôt que comme un élément « supplémentaire » ?<br>Comment l'organisation du cadre de vie à l'école et des activités éducatives sont-elles prises en compte dans une perspective de promotion de la santé ?<br>Comment est il contractualisé : projet d'école, d'établissement, comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté ? |
| La contribution des divers partenaires | Comment le dispositif articule-t-il l'intervention des divers partenaires, qu'ils soient internes ou externes à l'établissement ?<br>Quelle place est réellement faite aux enseignants qui constituent la plus grande part des forces de l'établissement ? Comment le projet se distancie-t-il d'une vision essentiellement biomédicale pour aborder d'autres aspects susceptibles d'être pris en charge par les enseignants ?<br>Quelle place est réellement faite aux personnels d'encadrement, administratifs, de service, de restauration, d'accueil, de vie scolaire, de santé et sociaux ?<br>Comment la question de la cohérence et de la continuité est-elle traitée ? Et ce, y compris entre premier et second degré ? |
| La formation et l'accompagnement | Comment les acteurs sont-ils formés et accompagnés ?<br>Qui assure la fonction de conseil technique, de soutien, d'expertise ? |

## L'ÉDUCATION À LA SANTÉ DANS LES ACTIVITÉS DE CLASSE EN PREMIER ET SECOND DEGRÉS

Le socle commun (décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006) offre un cadre général. Les connaissances et compétences correspondantes sont détaillées dans les programmes scolaires. En leur sein, l'éducation à la santé n'apparaît pas comme une discipline supplémentaire. Mais les programmes des premier et second degrés incluent des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être qui

**FIGURE 1**

**Schéma présentant les différentes dimensions de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Cette illustration est construite sur la base de la circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998 qui concerne l'éducation à la santé et à la citoyenneté et sur les contenus du socle commun de connaissances et de compétences (décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006)**




concourent à l'éducation à la santé des enfants dans divers domaines[15] : maîtrise des langages, éducation civique, éducation artistique, éducation physique, sciences...

L'éducation à la santé tient une place importante à l'école maternelle. D'une façon générale, on peut considérer qu'elle peut être abordée par trois entrées : le développement des compétences liées à l'autonomie, la confiance en soi, la responsabilité, la relation aux autres, à l'action, l'adaptation dans le cadre du « vivre ensemble » ; l'hygiène quotidienne à l'école (passage aux toilettes, lavage des mains, goûter) ; une sensibilisation aux problèmes de santé (rythmes, alimentation, hygiène) conduisant à l'élaboration de règles de vie simples. L'école maternelle constitue le lieu privilégié où, par les missions qui lui sont confiées, les conditions d'enseignement et l'attention portée au bien-être de l'enfant, il est possible d'éduquer à la santé de façon globale. C'est un travail de tous les jours dans l'accueil, dans les situations permettant à l'enfant de s'affirmer comme une personne dotée d'une identité, dans les temps d'explicitation des sentiments, des désirs, des souffrances, des contraintes et règles de la vie collective, qui peut être enrichi par des projets spécifiques.

15. Nous utilisons ici le mot « domaine » qui renvoie à des champs du savoir plutôt que le mot « matière » qui correspond à des ensembles plus limités.

**FIGURE 2**

**Les connaissances et compétences visées par l'éducation à la santé en référence au socle commun de connaissances et compétences (décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006)**

**EN CLASSE**

**Faire de l'éducation à la santé et à la citoyenneté, c'est à la fois permettre à l'élève d'acquérir des connaissances, de développer des compétences personnelles sociales et civiques et un regard critique vis-à-vis de l'environnement.**

Connaissances
- Connaître son propre corps, son fonctionnement et ses besoins
- Connaître les déterminants de sa santé : biologiques, socioculturels, environnementaux, comportementaux
- Connaître les comportements à risque et leurs effets notamment dans le domaine des addictions, de la sexualité, de l'alimentation...
- Connaître les recommandations en cas de risques majeurs et la gestion des situations de crise

Capacités
- Comprendre la nature et la validité d'une donnée statistique
- Savoir prendre soin de soi et des autres : sommeil, hygiène, habitudes alimentaires, activité sportive, sexualité, sécurité domestique et routière, premiers secours...

**Développer ses compétences personnelles, sociales et civiques**

Connaissances
- Connaître les règles de la vie collective

Capacités
- Avoir confiance en soi, s'affirmer de manière constructive
- Être autonome, savoir résoudre des problèmes et prendre des décisions
- Savoir gérer le risque
- Exprimer et communiquer les émotions ressenties, savoir gérer le stress
- Développer des compétences de communication verbale, oser prendre la parole
- Échanger et coopérer, savoir gérer les conflits

Attitudes
- Respect de soi
- Respect des autres (civilité, tolérance, refus des préjugés et des stéréotypes)
- Implication dans la vie sociale
- Volonté de résoudre pacifiquement les conflits
- Sens de la responsabilité vis-à-vis de soi et des autres

**Acquérir les moyens d'un regard critique vis-à-vis de son environnement**

Capacités
- Identifier, classer, hiérarchiser, soumettre à critique l'information et la mettre à distance, être capable de distinguer les savoirs des croyances
- Avoir conscience de la place et de l'influence des préjugés, des stéréotypes sociaux et des médias, savoir résister à leur pression
- Savoir résister à la pression des pairs
- Développer une pensée créative et critique, savoir construire son opinion personnelle et pouvoir la remettre en question
- Identifier, dans l'environnement, les personnes et institutions susceptibles de venir en aide en cas de difficulté

**DANS LA VIE DE L'ÉCOLE ET DE L'ÉTABLISSEMENT**

**L'éducation à la santé s'inscrit quotidiennement au cœur des activités de classe mises en œuvre dans l'ensemble des disciplines. Elle relève également d'une attention et d'un travail permanent sur l'environnement scolaire et le climat d'établissement.**

À l'école élémentaire, les activités d'éducation à la santé pourront être mises en œuvre dans une approche pluridisciplinaire susceptible d'inclure des dimensions physiologiques (en lien avec le travail de biologie sur le fonctionnement du corps), de connaissance de soi (en lien avec la maîtrise de la langue, les activités physiques ou artistiques) ou de respect de soi et d'autrui (dans toutes les situations de la vie quotidienne ou dans le cadre d'approches plus spécifiques).

En second degré, une place explicite est accordée à l'éducation à la santé dans les programmes de sciences de la vie, d'éducation physique et sportive, d'histoire-géographie-éducation civique. Par exemple, dans cette dernière discipline, l'éducation à la sécurité et l'éducation à la santé (dignité de la personne) sont des parties identifiées du programme de cinquième. Au collège, l'éducation à la sécurité routière représente aussi un enjeu fort pour le professeur d'histoire-géographie-éducation civique. Le travail sur le refus des discriminations, la solidarité, appelle une réflexion sur la santé. Au lycée, les séances d'« éducation civique juridique et sociale » constituent des lieux au sein desquels un travail relatif aux questions de santé (cannabis, sida...) est fréquemment mis en place.

Les enseignants disposent de nombreux outils leur permettant de mettre en œuvre les activités liées à la santé. Ils sont répertoriés dans le catalogue de la pédagothèque accessible directement sur le site Internet de l'Inpes[16] [17].

## UN EXEMPLE DE PROGRESSION AU CYCLE 3

Dans le but d'illustrer notre propos, nous proposons ici un exemple de projet en éducation à la santé à l'école primaire. Il a été réalisé en classe de cours moyen (cycle 3). Nous renvoyons le lecteur à l'outil de formation *Profédus* édité par l'Inpes et l'IUFM d'Auvergne et à l'ouvrage *Éducation à la santé en milieu scolaire* **[13]** qui décrivent de nombreuses activités en premier comme en second degré **[tableau IV]**.

Les deux premières parties de ce guide ont permis de décrire le contexte au sein duquel prend place l'éducation à la santé en milieu scolaire et de définir ses principales caractéristiques. Il devient possible proposer des pistes de réflexion quant à la formation des enseignants dans ce domaine.

---

**16.** En ligne : http://www.inpes.sante.fr [dernière consultation le 07/01/2010]

**17.** Les formateurs désireux de s'informer plus profondément sur ce point peuvent se référer à l'ouvrage de référence en la matière (il comporte une grille d'analyse qui permet aux professionnels d'apprécier la qualité des outils qu'ils utilisent ou envisagent d'utiliser) : Lemonnier F., Bottéro J., Vincent I., Ferron C. *Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité.* Saint-Denis : Inpes, coll. Référentiels, 2003 : 76 p.
Seule la grille d'analyse permettant d'apprécier la qualité des outils est disponible au téléchargement.
En ligne : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/883.pdf [dernière consultation le 08/01/2010]

## TABLEAU IV

### Exemple de progression en cycle 3 (cours moyen)

**Liberté et responsabilité en cycle 3**

| | |
|---|---|
| **Un projet d'éducation à la santé à l'échelle du trimestre** | **Niveau concerné**<br>**Cycle 3**<br><br>**Discipline dominante**<br>**Maîtrise de la langue française**<br>(Expressions orale et écrite)<br><br>**Autres disciplines sollicitées**<br>**Éducation civique**<br>(Vivre ensemble)<br>**Éducation scientifique**<br>(Biologie)<br>**Éducation physique et sportive** |
| **Connaître son corps, sa santé, les comportements et leurs effets**<br>• Connaître son corps et ses besoins<br>• Savoir prendre soin de soi et des autres<br>• Connaître les conduites addictives | |
| **Développer ses compétences personnelles, sociales et civiques**<br>• Avoir confiance en soi et s'accepter tel que l'on est<br>• Exprimer et communiquer les émotions ressenties<br>• Développer des compétences de communication verbale et pouvoir parler de soi<br>• Se respecter et respecter l'autre (civilité, tolérance, refus des préjugés et des stéréotypes) | |
| **Acquérir les moyens d'un regard critique vis-à-vis de son environnement**<br>• Avoir conscience de l'influence des médias, des préjugés et des stéréotypes sociaux sur l'image que l'on a de son corps et de celui d'autrui<br>• Savoir résister à leur pression | |

**Mots clés :**
**corps, identité, liberté, responsabilité, différence, respect, dépendances**

| **Intérêt** | **Modalités d'organisation** |
|---|---|
| Le travail proposé ici se situe dans une approche de l'éducation à la santé incluant à la fois un travail sur la construction de compétences sociales impliquées dans le développement des conduites à risque et une information sur les questions de santé. Le thème de la liberté et de la responsabilité en matière de santé a été retenu, car il est bien adapté à l'âge des élèves concernés et aux programmes.<br>Les apprentissages en lien avec l'écrit et l'oral constituent le premier support des activités. Les sciences, l'éducation physique et l'éducation civique tiennent aussi une place importante. Parmi les thèmes de santé, c'est celui des addictions qui a été choisi.<br>Il appelle à une implication des partenaires du milieu associatif et du milieu de la santé dans le projet conduit par les maîtres. | Le projet se déroule à l'échelle du trimestre et permet de travailler une large diversité de compétences de l'éducation à la santé.<br>Les activités de classe sont réparties autour de trois pôles :<br>• les connaissances relatives à la santé, en l'occurrence ici tout particulièrement les conduites addictives ;<br>• le développement des compétences personnelles et sociales ;<br>• l'environnement.<br>Le travail en français est basé sur un album : *Le poulet de Broadway* de J.L. Fromental[1]<br>La contribution des partenaires (ici l'Anpaa, mais ce peut être aussi un Codes ou des acteurs du réseau associatif ou mutualiste) se situe essentiellement à l'échelon de l'élaboration du projet et des rencontres avec les parents. |

**Objectifs**

Permettre à l'élève :
- de mieux connaître son corps et acquérir un vocabulaire précis pour en parler (centration ici sur la dimension biologique : alimentation, communication) ;
- d'avoir confiance en soi et accepter le regard de l'autre ;
- de connaître ses propres besoins ;
- d'identifier la pression de l'environnement (médias et pairs) et les moyens de faire des choix libres et responsables ;
- de connaître les personnes et institutions susceptibles de fournir une aide et un soutien.

**Déclinaison des objectifs[2]**

| | |
|---|---|
| **Maîtrise de la langue française** | • Maîtriser un vocabulaire permettant de désigner des objets réels, des sensations, des émotions, des opérations de l'esprit, des abstractions<br>• Manifester sa compréhension de textes variés, qu'ils soient documentaires ou littéraires<br>• Savoir rédiger un texte<br>• Prendre la parole en public<br>• Prendre part à un débat |
| **Principaux éléments de mathématiques et de culture scientifique** | • Mobiliser ses connaissances en situation : comprendre le fonctionnement de son propre corps<br>• Connaître l'organisation et le fonctionnement du corps humain (alimentation, digestion, circulation et excrétion, système nerveux et communication) |

1. Album issu de la liste publiée dans *Documents d'accompagnement des programmes de littérature au cycle 3*, 2004. En ligne : http://eduscol.education.fr/pid23250-cid47304/bibliographies-des-livres-de-jeunesse.html [dernière consultation le 08/01/2010]

## TABLEAU IV (suite)

| Déclinaison des objectifs[2] | |
|---|---|
| **Maîtrise des techniques usuelles de l'information et de la communication** | • Utiliser l'outil informatique pour créer des moyens de communication (affiches, courrier aux familles, dépliant) |
| **Culture humaniste** | • Découvrir les œuvres d'arts et cultiver une attitude de curiosité pour les productions artistiques |
| **Compétences sociales et civiques** | • Évaluer les conséquences de ses actes<br>• Savoir reconnaître et nommer ses émotions, ses impressions, pouvoir s'affirmer de manière constructive<br>• Se respecter et respecter l'autre<br>• Avoir conscience de l'influence des médias sur l'image que l'on a de soi et des autres |
| **Autonomie et initiative** | • Connaître ses propres points forts et faiblesses<br>• Avoir une bonne maîtrise de son corps |

**Démarche**

Le projet s'est structuré à la suite de la rencontre des enseignants du cycle III d'une école élémentaire avec l'infirmière scolaire. Auparavant, les maîtres avaient déjà la préoccupation d'une éducation à la santé des enfants et mettaient en œuvre des activités dans ce domaine. Cette rencontre et la mise en rapport avec une animatrice de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) ont permis d'approfondir la réflexion et d'élaborer un projet de dispositif plus complet. Le travail avec les partenaires s'est ensuite poursuivi, non dans un esprit de sous-traitance mais bien de complémentarité. L'apport du partenaire est surtout méthodologique lors de l'élaboration du projet et dans la rencontre avec les parents. Dans le but de dépasser une approche moralisante et normative, les enseignants ont choisi une approche globale de l'éducation à la santé. Il ne s'agit pas de donner des normes mais de travailler sur les trois déterminants impliqués dans les conduites à risque (la rencontre d'une personne avec un produit dans un environnement déterminé). Le cœur du travail est fondé sur l'expression des élèves à partir d'albums. Ces derniers constituent le support d'un travail sur soi, sur le corps, sur la relation aux autres. L'expression est l'activité qui permet aux enfants d'acquérir le vocabulaire (nécessaire à la gestion de leurs émotions), de se mettre dans la peau du personnage.

**Des pistes pédagogiques[2]**

| Axes de travail | Déroulement |
|---|---|
| **Axe 1**<br>Connaissances liées à la santé | Dans le volet « connaissances », l'approche est centrée, d'une part, sur la dimension biologique de la connaissance du corps (l'alimentation, la digestion, la circulation, le système nerveux) et, d'autre part, sur les conduites à risque. Le travail de la classe conduit à la définition suivante : c'est une conduite qui met en danger soi-même et/ou les autres. S'agissant de l'alcoolisme et des conduites addictives, une information sur les produits, les conduites et le cadre légal est nécessaire. |
| **Axe 2**<br>Compétences personnelles | En ce qui concerne « l'individu », les activités concernent plusieurs disciplines : en français, l'expression orale surtout (argumentation, débats, discussions à portée philosophique), mais aussi la lecture d'albums et le travail sur la presse et les faits divers donnent aux enfants l'occasion d'avoir une réflexion sur eux-mêmes et sur les autres, de pouvoir exprimer des craintes, des angoisses, de pouvoir donner des solutions. La question de la liberté et de la responsabilité est au cœur des outils choisis.<br>L'album support est ici *Le poulet de Broadway*, (J.L. Fromental, Seuil jeunesse). Il raconte l'histoire d'un poulet (Charlie) qui, du fait d'un petit défaut physique (il a une patte plus courte que l'autre), danse d'une façon extraordinaire et a un très grand succès. Il devient alors une star de Broadway. Sous l'influence de son entourage, il finit par ne plus supporter son « défaut » et, grâce à l'argent dont il dispose, se fait opérer par les meilleurs chirurgiens. Il a donc les deux pattes de même longueur et il ne danse plus du tout de la façon originale qui avait fait son succès. Il devient alors un poulet comme les autres… Et quel est le destin d'un poulet comme les autres ?<br>En EPS, les enfants sont amenés à travailler la prise de risques, la connaissance de soi, de ses limites, le dépassement de celles-ci. Le vécu quotidien de la classe permet la gestion des conflits en tous genres. |

2. Issus du socle commun de connaissances et de compétences – Décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006

## TABLEAU IV (fin)

| Axes de travail | Déroulement |
|---|---|
| **Axe 3**<br>Exercice de la liberté et de la responsabilité | En ce qui concerne ce troisième axe, la dimension sociale des produits (principalement l'alcool), l'image qu'ils véhiculent (la tradition, la convivialité, caractère branché), la perception qu'on en a à travers la publicité sont proposées à l'étude. Le décodage des moyens utilisés pour promouvoir les consommations conduit à mettre en évidence les risques de perte de liberté. En ce qui concerne la pression des pairs, les jeux de rôle permettent de développer la capacité de résistance à l'emprise des élèves.<br>En éducation civique, la législation, le coût, l'économie de l'alcool et du tabac sont abordés. |

**Prolongements possibles**

Comme il n'est pas possible d'aborder toutes les connaissances relatives à la santé au cours d'une seule progression, un choix a dû être fait en tenant compte de l'âge des élèves. Le choix a porté sur les conduites addictives, mais il est possible de poursuivre le travail de classe en abordant d'autres thèmes. L'essentiel est que ce dernier se poursuive dans le même esprit associant les différentes dimensions des problématiques.
Enfin, et ce qui a été réalisé dans cette école, il est important de faire apparaître un axe « éducation à la santé » dans le projet d'école. Cette démarche permet de développer le travail sur plusieurs années (et non de le limiter à un projet ponctuel), d'assurer la cohérence avec les cycles I et II et d'organiser les relations avec les différents partenaires. En outre, l'attention portée à la santé globale de l'élève dans la vie scolaire conduit à réfléchir collectivement à la façon dont l'organisation de l'école, les relations en son sein, le lien avec les parents et les autres acteurs de l'éducation contribuent au bien-être et à la réussite des élèves.

**Bibliographie**

En complément de l'album support de ce projet, d'autres lectures en réseau sont possibles :
* Albums destinés au cycle 3 :
– un autre album permet de travailler sur les besoins fondamentaux (besoins physiologiques mais aussi sociaux, affectifs, de liberté…). Il s'agit de *L'enfant et le chat* (L. Hathorn et G. Rogers, éditions Mijade). Cet album, très noir, met en scène un enfant des rues ;
– de très nombreux albums permettent de travailler ces compétences transversales. Des listes sont disponibles sur les sites Internet dédiés à l'enseignement primaire, en particulier ceux des rectorats (par exemple www.ac-clermont.fr ou www.ac-grenoble.fr).
* Albums destinés à des enfants plus petits :
– A. Brown. *Marcel et Hugo* ou *Marcel le champion*. Paris : L'école des loisirs, 1992.
– A. Serres. *Le petit humain*. Paris : Folio cadet, 1986.
Outils, sites Internet, ouvrages et articles validés par l'Inpes.

**Le mot du formateur**

Le travail sur les conduites addictives n'est pas facile, notamment quand, comme c'est le cas ici, la question de la consommation d'alcool est abordée. Les enseignants qui ont développé des projets de ce type ont toujours eu à l'esprit le risque de tomber dans la stigmatisation des personnes dépendantes ou celui de ne pas parvenir à mettre à distance les écueils symétriques de la banalisation et de la dramatisation. Une réflexion sur les addictions, une attention au respect des personnes notamment les plus vulnérables et une référence constante aux missions de l'École permet de dépasser ces difficultés. Dans le cas présent, le dialogue avec l'animatrice de l'Anpaa s'est avéré être un élément important dans la démarche. Les échanges avec elle ont permis de cerner les difficultés potentielles et elle a apporté son expertise dans les échanges avec les parents. Le fait de pouvoir porter collectivement une telle démarche (équipe du cycle 3, infirmière et professionnelle de la prévention) facilite grandement la mise en œuvre d'un tel projet.

## Bibliographie


[1] Bantuelle M., Demeulemeester R. *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*,Saint-Denis : Inpes, coll. Référentiels, 2003 : 134 p. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf [dernière consultation le 07/01/2010]

[2] Hautefeuille M. L'usage problématique de cannabis. *Toxibase*, 2003, n° 12 : 81 p. En ligne : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Toxibase/RevueToxibase/2003/12/01.pdf?69986-M4409-981J4-718W3-1W300 [dernière consultation le 07/01/2010]

[3] Ades J., Lejoyeux M. *Les conduites alcooliques et leur traitement*. Paris : Doin, 1996 : 163 p.

[4] Porter J., Jick J. Addiction rare in patients treated with narcotics. *New England Journal of Medicine*, 1980, vol. 302, n° 2 : p. 123.

**[5]** Inserm. *Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ?* Paris : Inserm, 2001 : 429 p. En ligne : http://ist.inserm.fr/basisrapports/cannabis.html [dernière consultation le 07/01/2010]

**[6]** Glantz M. D. A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability. *In :* APA. *Vulnerability to drug abuse*. Washington : American Psychological Society, 1992 : p. 389-418.

**[7]** Cascone P. *Dépendance au cannabis chez l'adolescent en rupture de formation* [thèse de doctorat en psychologie]. Genève : Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'université de Genève, novembre 2007.

**[8]** Marcelli D., Braconnier A. *Adolescence et psychopathologie* (5e éd.). Paris : Masson, 2000 : 631 p.

**[9]** Hautefeuille M. L'usage problématique de cannabis. *Toxibase*, 2003, n° 12. : 81 p. En ligne : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Toxibase/RevueToxibase/2003/12/01.pdf?69986-M4409-981J4-718W3-1W300 [dernière consultation le 07/01/2010]

**[10]** Kokoreff M. Dépendances et conduites à risque à l'adolescence. *In :* DESCO. *Actes de l'université d'été. Dépendances et conduites à risque à l'adolescence.* Versailles : CRDP, 2002. En ligne : http://eduscol.education.fr/D0126/risk_acte.htm [dernière consultation le 07/01/2010]

**[11]** Hamel M., Blanchet L., Martin C. *Nous serons bien mieux : les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire*. Québec : Les Publications officielles du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001 : 302 p.

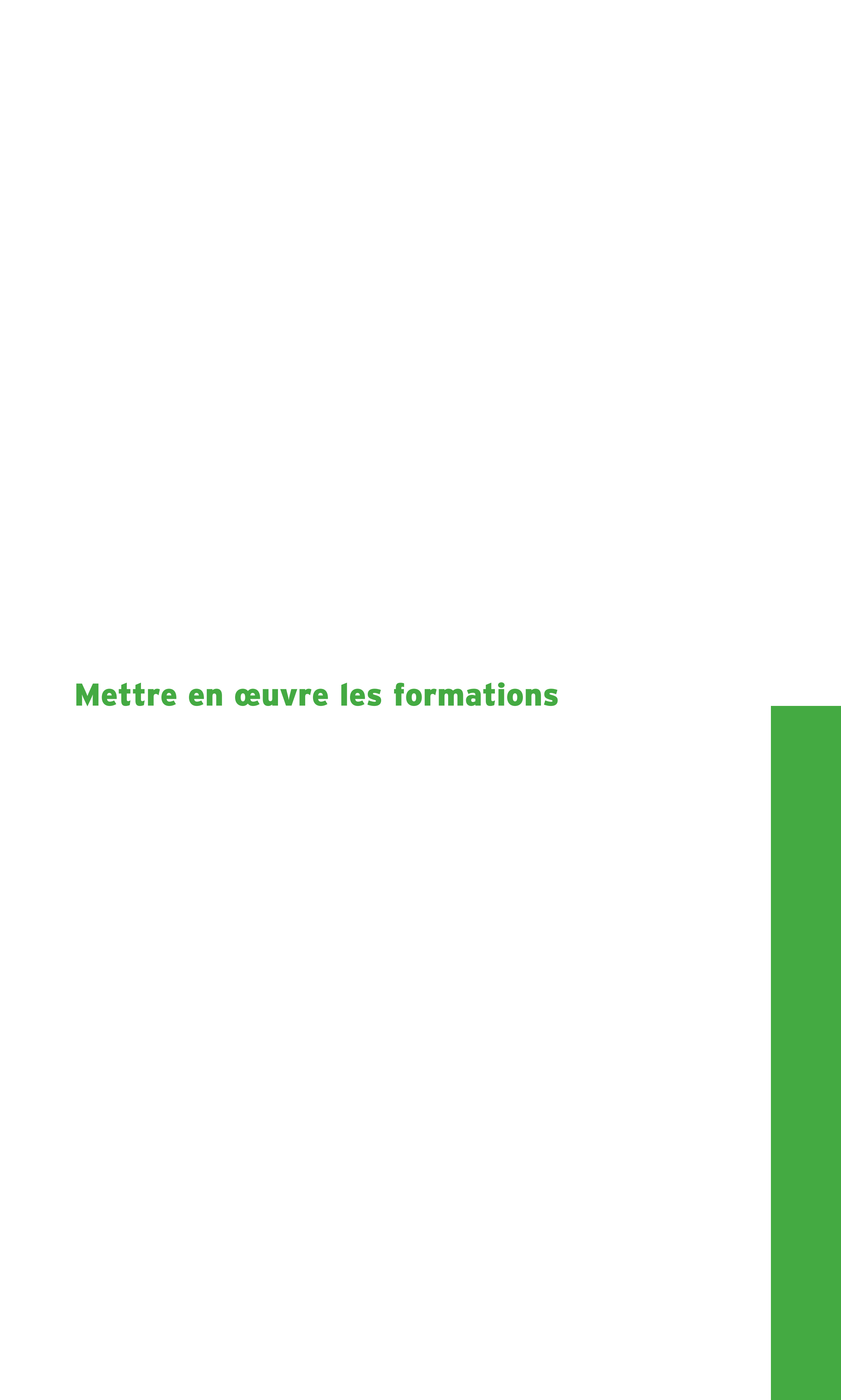
**[12]** Jourdan D. Quelle éducation nutritionnelle à l'école ? *La Santé de l'Homme*, novembre/décembre 2004, n° 374 : p. 26-29. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/374/02.htm [dernière consultation le 07/01/2010]

**[13]** Broussouloux S., Houzelle-Marchal N. *Éducation à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet.* Saint-Denis : Inpes, coll. Varia, 2006 : 139 p.

Après avoir détaillé le contexte au sein duquel prend place la formation des enseignants en éducation à la santé, nous nous proposons, dans cette troisième partie, d'aborder la question de la mise en œuvre de ces formations. Ne seront développés dans cette partie que les éléments les plus pertinents en référence aux objectifs de cet ouvrage, en l'occurrence rendre explicites les différentes tensions générées par la pratique de la formation en éducation à la santé et offrir au lecteur quelques-unes des clés disponibles pour les prendre en charge. Après avoir précisé le cadre général dans lequel s'inscrit la formation des enseignants, cinq points principaux seront abordés successivement :

- les finalités de la formation en référence au paradigme du praticien réflexif tel que des auteurs comme Schön, Argyris ou Perrenoud l'ont développé ;
- les différentes dimensions de la formation en suivant l'approche proposée par Caspar ;
- le public, à savoir les enseignants, à l'aide du cadre conceptuel de l'analyse de l'activité (Leplat, Goigoux) ;
- l'organisation concrète des formations à partir des apports de l'andragogie[1] (Knowles) ;
- les modalités de mise en œuvre concrète en référence au cahier des charges de la formation des enseignants.

1. L'andragogie est « la science et l'art de la formation des adultes ». Le terme a été introduit pour distinguer cette discipline de l'enseignement des enfants (pédagogie).



# Mettre en œuvre les formations

# Enseigner, un métier qui s'apprend

## UNE FORMATION PROFESSIONNELLE EN ALTERNANCE

Enseigner est un métier qui s'apprend.

> **Faire cours et faire apprendre, conduire une classe et individualiser son enseignement, exiger des efforts et donner confiance, susciter l'intérêt, évaluer les aptitudes et percevoir les talents, aider à l'orientation. Tout cela nécessite une formation initiale et continue approfondie : rien ne doit être laissé aux aléas de la vocation pédagogique ou du hasard professionnel.**

Pourtant, il n'est rien d'évident à cela. L'idée selon laquelle enseigner n'est pas autre chose que l'expression d'un charisme, que l'on a ou que l'on n'a pas, reste encore largement présente dans les esprits. Il suffirait ainsi simplement que la formation conduise les futurs enseignants à maîtriser les contenus disciplinaires. Le reste relèverait de l'art, voire de l'apprentissage de quelques « trucs » du métier que le compagnonnage avec un professionnel expérimenté permettrait d'acquérir. Si, comme le note Antoine Prost, enseigner n'est pas un métier mais un art, il n'y a rien à apprendre, il suffit de regarder faire d'autres hommes de l'art **[1]**... Cette vision simpliste ne résiste pas à l'épreuve de la réalité. Donner à une personne des connaissances sur l'hygiène ou la santé ne fait pas spontanément d'elle un éducateur capable de conduire les élèves sur le chemin de la liberté et de la responsabilité. S'il est absolument indispensable aux enseignants de maîtriser, pour les transmettre, les savoirs

scientifiques sans lesquels aucun choix rationnel n'est possible, il l'est tout autant d'être capable d'identifier par quelles voies les élèves sont susceptibles d'apprendre.

Ce n'est néanmoins pas suffisant. Des savoirs théoriques déconnectés de la pratique sont inefficaces dans une formation professionnelle et, symétriquement, les situations rencontrées sur le terrain par les étudiants et professeurs stagiaires ne sont pleinement formatrices que si elles sont analysées à l'aide d'outils conceptuels issus des apports de la recherche universitaire. C'est l'alternance (à l'université et dans les établissements scolaires) qui donne son caractère réellement professionnel à la formation.

De plus, qu'elle l'explicite ou non, toute société dispose d'un projet éducatif. Elle affecte à l'École une mission à laquelle toute l'activité des professionnels se doit d'être ordonnée. En France, c'est l'émancipation de chacun et la capacité à prendre sa place comme citoyen qui constitue le cœur du projet de l'École. Ces finalités très générales sont appelées à s'incarner dans les pratiques quotidiennes de tous les acteurs. Ainsi, la formation des enseignants ne peut se limiter à des apprentissages de techniques didactiques et pédagogiques et ainsi faire l'économie d'un travail de fond sur la mission de l'École et des enseignants. Dans le domaine de l'éducation à la santé qui nous concerne plus directement, il s'agit de réinterroger continuellement ses fins comme ses moyens, sa contribution à la réussite scolaire comme à la capacité de chacun à prendre en main sa propre santé.

Enfin, comme nous l'avons montré dans le premier chapitre, le métier d'enseignant traverse une période de redéfinition. R. Bourdoncle et L. Demailly soulignent qu'« aujourd'hui, les différentes institutions de transmission de savoirs et les activités d'éducation et de formation connaissent une forte déstabilisation qui affecte à la fois les organisations et les pratiques professionnelles. Ainsi, les métiers de l'éducation et de la formation se trouvent pris entre une exigence de rationalisation, une volonté de professionnalisation, un consensus sur leur caractère socialement prioritaire et des incertitudes conflictuelles sur leurs objectifs d'action » **[2]**. Ce contexte de tension rend encore plus nécessaire une formation de haut niveau susceptible de permettre aux enseignants de faire face aux enjeux présents et à venir **[encadré 1]**.

Ce chapitre est ainsi basé sur une série de postulats selon lesquels enseigner est un métier qui s'apprend, que la nécessaire formation est appelée à tenir ensemble tant la maîtrise des connaissances par le professeur que la façon dont les élèves peuvent les acquérir, tant la transmission des connaissances que l'éducation citoyenne, tant des apports théoriques de haut niveau liés à la recherche qu'un travail réflexif sur les pratiques quotidiennes. Nous nous plaçons ainsi dans une perspective au sein de laquelle la formation est au service de la professionnalisation du métier d'enseignant.

Pour commencer, il est important de mettre en perspective les pratiques actuellement en cours. En effet, en France, le modèle de formation des enseignants est de type « consécutif » : formation académique (licence) puis professionnelle en alternance (master). Dans la majorité des pays européens, les enseignants bénéficient en même temps des enseignements académiques disciplinaires

**ENCADRÉ 1**
**La mission de l'enseignant[1]**

Tout dans le métier de professeur, le savoir dispensé, la méthode choisie comme l'attention aux élèves, résulte d'un apprentissage rigoureux et progressif. Quel que soit son parcours antérieur, et quel que soit son lieu d'exercice, un professeur doit avoir acquis la pleine conscience que ce sont les progrès et les résultats des élèves qui donnent sens à son action et à sa fonction. Enseigner dans le cadre du service public d'Éducation nationale est une mission : mission d'instruction des jeunes qui sont confiés à l'École, ce qui implique une bonne maîtrise de toutes les compétences nécessaires au niveau requis ; mission d'éducation selon les valeurs républicaines, ce qui implique une connaissance précise des principes, des lois qui les traduisent, mais aussi un comportement exemplaire dans l'exercice des fonctions ; mission de contribuer à l'insertion sociale et professionnelle des élèves, ce qui implique la capacité à favoriser l'ouverture culturelle des élèves et une bonne connaissance de l'environnement économique et social de l'École.

1. Arrêté du 19 décembre 2006 relatif au cahier des charges de la formation des maîtres.

et de la formation pédagogique professionnelle pendant leur licence. « Ce “modèle simultané”, qui valorise davantage la formation professionnelle, tend à gagner du terrain depuis une vingtaine d'années, notamment pour la formation des enseignants de primaire et de secondaire inférieur – l'équivalent de notre collège. Ce sont des niveaux d'enseignement qui ont une culture professionnelle plus orientée vers la pédagogie. À ces niveaux, les formations durent en général entre trois et quatre ans et la formation professionnelle occupe largement plus de 30 % du temps total de formation. Dans le secondaire supérieur, historiquement plus orienté vers la transmission de connaissances, les formations se font principalement à l'université pendant 5 ans et le “modèle consécutif”, sans être dominant, est très présent. La formation professionnelle y occupe aussi une place plus réduite, ne dépassant pas 30 % de la formation »[1]. L'organisation de la formation en cours actuellement en France n'est donc pas la seule possible et il convient d'en interroger les fondements.

## DIFFÉRENTES APPROCHES DE LA FORMATION

Comme le rappelle Philippe Perrenoud, il n'y a aucune raison de penser que l'on disposera bientôt d'une théorie unifiée et valide du comportement humain, de l'apprentissage ou des interactions didactiques, dont on pourrait déduire une manière optimale d'enseigner. Cela ne décrédibilise en rien la recherche de bonnes pratiques validées par des dispositifs d'évaluation adaptés mais conduit à reconnaître qu'il existe divers modes de gestion de

1. Citation de N. Mons dans un article de *La Dépêche* du jeudi 5 juin 2008.

la classe et de régulation des apprentissages. La formation se devra donc de passer par le contact avec diverses pratiques qui, toutes, témoignent d'une certaine cohérence entre une personne, sa façon d'exercer le métier et une certaine efficacité. La formation professionnelle des enseignants en général, et plus spécifiquement en éducation à la santé, ne pourra donc se limiter à la transmission d'une méthode orthodoxe. D'autres dimensions, notamment l'acquisition de démarches permettant de s'adapter aux évolutions du métier ou de capacités réflexives, devront être explorées. En tout cas il faudra tenir compte du fait que les problèmes posés par l'enseignement sont trop divers et trop changeants pour qu'on puisse espérer nantir les enseignants débutants d'une panoplie de solutions toutes faites **[3]**. Puisqu'il est impossible de préparer un enseignant à toutes les situations qu'il va rencontrer, il faut aller à l'essentiel, lui donner les moyens d'acquérir les compétences clés. Mais qu'est-ce qui est essentiel ? Il existe plusieurs façons de définir ce qui constitue le cœur de la formation. Pour rendre explicite ce sur quoi sont bâties les formations, nous suivrons G. Ferry **[4]**[2]. Cet auteur distingue trois types de formation d'enseignants :

- une formation centrée sur les acquisitions ;
- une formation centrée sur la démarche ;
- une formation centrée sur l'analyse.

## Le modèle centré sur les acquisitions

Dans ce modèle, il faut d'abord acquérir les connaissances et les modes de raisonnement propres à la discipline à enseigner, mais aussi sur le développement de l'enfant ou de l'adolescent, la psychologie des adultes, sur le fonctionnement des groupes, sur les processus d'apprentissage, sur l'évaluation... Il est aussi nécessaire d'acquérir des « savoir-faire », des habiletés par des entraînements systématiques ou des séances de simulation.
La pratique est pensée comme une application de la théorie. On apprend des contenus, des méthodes, des techniques. La formation est préparatoire à l'activité professionnelle. La logique à l'œuvre est celle de la succession. La formation consiste ainsi à fournir aux étudiants ou stagiaires en formation continue les outils nécessaires au développement d'une démarche d'éducation à la santé dans la classe ou dans l'établissement. Il s'agit, par exemple, de travailler en formation sur la méthodologie de projet en conduisant les enseignants à s'approprier un outil récapitulant des différentes phases de l'analyse des besoins à l'évaluation. Charge à eux, dans un second temps, de mettre en application les démarches qui leur ont été proposées.

---

**2.** Dans les développements suivants, nous suivrons de près l'analyse des positions de G. Ferry effectuée par M. Develay : Develay M. *Peut-on former les enseignants ?* Paris : ESF, 1996 : 156 p.

## Le modèle centré sur la démarche

Il s'agit ici de se centrer sur la capacité à se mobiliser, à utiliser toutes ses ressources pour résoudre un problème, mettre en œuvre un projet, aborder des situations imprévues à travers des expériences de vie, de recherche, de création. Derrière ce modèle se trouve l'idée selon laquelle il est illusoire de penser que les enseignants en formation peuvent emmagasiner toutes les connaissances dont ils auront besoin ou toutes les habiletés nécessaires. Il n'y a alors pas lieu d'anticiper sur les problèmes spécifiques à la pratique enseignante. Ce qu'il faut d'abord, c'est se rendre apte à les affronter.
La pratique se transfère d'une pratique à une autre, sans le besoin d'un passage par la théorie. Il s'agit de vivre des expériences sociales à travers des parcours personnels donnant l'occasion d'élaborer des projets. La formation est une occasion de vivre de telles expériences. La logique est celle du détour. Les capacités d'adaptabilité et d'initiative ainsi acquises sont la base de la formation (c'est du reste ce que font les enseignants qui n'ont pas reçu de formation). Ils procèdent par tâtonnements, par démarches successives qui se corrigent l'une l'autre, donnant progressivement naissance à ce qui deviendra peut-être leur théorie. Il s'agit par exemple de dispositifs qui consistent en l'association d'enseignants en formation à des programmes de prévention au sein desquels ils vont encadrer des élèves au cours d'une manifestation ou d'un temps fort. Les étudiant ou stagiaires vivent cette expérience et en tirent bénéfice « sur le tas » sans qu'un travail d'analyse ne soit proposé.

## Le modèle centré sur l'analyse

Ce dernier modèle est centré sur la capacité à observer et à analyser les situations. Le postulat est qu'aucune conduite passe-partout n'est de mise, qu'aucune classe n'est semblable à une autre et que les réactions des élèves sont imprévisibles. Cette capacité d'analyse et de résolution de problèmes sera développée par tous les moyens possibles : études de cas, analyse d'expériences, observation de classes, de réunions pédagogiques, simulations, jeux de rôles.
Un va-et-vient de type régulation s'établit entre théorie et pratique. La capacité à analyser, à rendre explicite ce qui est en jeu dans l'acte d'enseignement est au cœur du projet de formation. Elle consiste à apprendre à se regarder comme un autre en vue d'une prise de distance. La logique est celle de l'auto-observation de son activité professionnelle, celle de la mise à distance. La pratique et la théorie s'interpellent dans un rapport de va-et-vient permanent qui les régule. Sa mise en œuvre nécessite une articulation étroite entre les établissements qui accueillent les étudiants et les structures de formation. Il s'agit ici, par exemple, de proposer à des stagiaires un travail de mise en œuvre d'un projet d'éducation à la santé dans leur établissement d'affectation et de fournir, au fil de l'année scolaire, les temps et les outils nécessaires à une analyse réflexive du travail réalisé.

Les dispositifs de formation existants ne se résument pas à une approche à l'exclusion des autres. Il ne s'agit pas de choisir entre ces différents modèles, mais plutôt de rendre explicite ce à quoi nous nous référons dans la construction des formations et de nous conduire à ouvrir nos pratiques à d'autres modalités. Le contexte actuel d'évolution vers un parcours de formation structuré de cinq ans (licence et master) rend possible le développement d'une formation professionnelle sur une plus longue durée. La porte est ainsi ouverte à d'autres modalités plus variées que le mode d'organisation classique basé sur des acquisitions.
Ces différentes approches sont au service d'un projet de formation qu'il convient maintenant de préciser.

## Bibliographie

[1] Prost A. *Éloge des pédagogues*. Paris : Seuil, 1985 : 241 p.

[2] Bourdoncle R., Demailly L. *Les professions de l'éducation et de la formation*. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion, 1998 : 480 p.

[3] Perrenoud P. *La formation des enseignants entre théorie et pratique*. Paris : L'Harmattan, 1994 : 254 p.

[4] Ferry G. *Le trajet de la formation*. Paris : Dunod, 2003 : 131 p.

# Les finalités de la formation

Selon que l'on considère les enseignants comme des professionnels, des bricoleurs, des ouvriers, des artisans ou des artistes, ce sont des visions bien différentes de leur travail, de leur statut, de leur savoir et de leur formation que l'on engage. Ces « visions, si communes soient-elles – et surtout si elles sont communes –, ne sont pas innocentes : en les nommant, elles contribuent à créer des réalités » **[1]**. Il nous faut situer ici la façon dont nous envisageons le métier d'enseignant pour pouvoir ainsi penser la formation en éducation à la santé. Nous le ferons en deux temps. Nous nous référerons d'abord à l'idée de professionnalisation puis développerons le paradigme du praticien réflexif.

## UNE FORMATION VISANT LA PROFESSIONNALISATION

Tant du côté de l'éducation que de la santé publique, l'enjeu de la professionnalisation des métiers est reconnu comme crucial. Constamment évoquée pour justifier les évolutions **[2]**, son acception diffère radicalement selon les auteurs[1]. Comme le souligne P. Perrenoud, que nous suivrons de près dans ce développement, « la professionnalisation, c'est l'accès à la capacité de résoudre des problèmes complexes et variés par ses propres moyens, dans

---

**1.** Ce peut être, par exemple, le fait de donner une finalité professionnelle à la formation (l'enseignement professionnalisé permet une insertion rapide de l'étudiant dans la vie active grâce à la place accordée aux stages et la participation de professionnels à la formation). On parle aussi de professionnalisation lorsqu'il est question de la transformation d'une activité qui finit par n'être plus exercée que par des professionnels, c'est-à-dire un groupe de personnes bien défini, munies de titres et de diplômes spécifiques. Dans ce cas-là, c'est donc une démarche de type corporatiste. Bien d'autres acceptions existent.

le cadre d'objectifs généraux et d'une éthique, sans être tenu de suivre des procédures détaillées conçues par d'autres. C'est donc être, davantage que dans un métier d'exécution, capable d'autonomie et de responsabilité. » **[3]**
« C'est une perspective à long terme, un processus structurel, une lente transformation. C'est une évolution que l'on peut favoriser mais qu'aucun gouvernement, aucune corporation, aucune réforme ne peut provoquer du jour au lendemain, de façon unilatérale. » **[4]**
Même si elle est présente dans bien des discours, cette idée est loin de faire consensus dans le domaine de l'éducation à la santé. Nombreux sont ceux qui pensent l'action de l'École et des enseignants sur le mode de la mise en application de consignes. Les enseignants étant des exécutants de tel ou tel programme spécifique, élaboré par des experts souvent issus du monde de la santé, orienté vers la prévention de l'obésité ou des addictions. Des groupes de pression agissent ainsi pour qu'un quota d'heures déterminé et des séquences spécifiques, décrites de la façon la plus fine possible, soient mis en œuvre.
Philippe Perrenoud, à la suite de Raymond Bourdoncle, propose de rendre accessible ce qui se joue dans la démarche de professionnalisation en se basant sur la différence existant entre profession et métier dans les pays anglo-saxons. « Si toutes les professions sont des métiers, l'inverse n'est pas vrai. L'usage anglo-saxon réserve le statut de profession à des métiers bien définis, ceux dans lesquels il n'est ni opportun, ni même possible, de dicter aux praticiens, dans le détail, leurs procédures de travail et leurs décisions[2]. L'activité d'un professionnel, entendue dans ce sens, est gouvernée essentiellement par des objectifs (qu'ils soient fixés par son employeur ou par contrat avec son client) et une éthique (codifiée par la corporation)[3]. » Autrement dit, si aujourd'hui les termes « métier » et « profession » sont parfois employés comme synonymes, leur étymologie et l'évolution de leurs significations mettent en lumière des différences structurantes, dont la prise en compte reste éclairante pour aborder les questions de formation en éducation à la santé. Ces différences se situent à deux niveaux principaux : le type de savoirs en jeu et le mode d'acquisition de ces savoirs.

- Métier :
  – travail manuel, technique ou mécanique qui repose sur un ensemble de savoirs incorporés,
  – habileté qui s'acquiert par l'expérience ou le training (entraînement, répétition, voire routine…) ;

- profession :
  – activité qui fait appel à des savoirs savants. En particulier, pour les professions de l'humain (médecine, enseignement…), l'exercice

2. Par exemple, pour un menuisier, on parle de « trade » et pour un médecin de « profession ».
3. Nous ne reprenons pas totalement à notre compte cette dichotomie qui sépare radicalement les métiers entre ceux qui sont exclusivement dans l'exécution et les autres. Autonomie, marge de manœuvre, capacité à penser son activité en réponse à une tâche prescrite sont nécessaires à tous les métiers.

requiert un savoir de plus haut niveau et une capacité d'abstraction, nécessaires pour retrouver le général, le principe, derrière le particulier de chaque individu (patient, élève...),
– activité qui se « professe », c'est-à-dire qui s'enseigne par la voie de l'explicitation orale des savoirs et des pratiques, ce qui implique une rationalisation discursive de l'action. Cette rationalisation s'opère par le passage à l'écrit, lequel permet à la fois la capitalisation des savoirs et leur plus large diffusion **[5]**.

Même s'il n'est pas totalement reconnu comme une profession, le métier d'enseignant entre bien dans cette catégorie. L'éducation d'une personne ne peut se résumer à la mise en pratique de recettes, qui plus est quand il est question de santé. De nombreuses situations problématiques échappent totalement à la rationalité technique et donc au champ des « bonnes pratiques », soit parce que le problème est mal posé, soit qu'il y ait conflit de valeur ou que le cas soit unique **[6]**.
Pour organiser son activité, prendre des décisions, résoudre les problèmes, le professionnel doit être capable de s'adapter aux situations, de mettre en œuvre des réponses pertinentes sans que celles-ci soient prédéterminées. Cela ne signifie nullement qu'il ne part de rien et que toute son activité se résume à de l'improvisation. Bien au contraire, une telle pratique professionnelle n'est possible que s'il maîtrise une gamme étendue de compétences. Il ne s'applique pas à réinventer la roue, il tient compte des théories, des méthodes avérées, de la jurisprudence, de l'expérience, des genres consacrés, de l'« état de l'art ». Il ne peut y avoir de profession en l'absence d'une base de savoirs formels capables d'orienter la pratique. C'est l'une des difficultés dans le domaine de l'éducation à la santé. La multiplicité des productions émanant d'un très grand nombre d'acteurs et enracinées dans des préoccupations différentes rend difficile la définition d'un corpus de référence. C'est un enjeu clé auquel tant ce livre que l'ouvrage coordonné par R. M. Bantuelle et R. Demeulemeester *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*[4], tentent d'apporter des réponses. Ceci est d'autant plus urgent que bien des dispositifs basés sur l'action militante et la bonne volonté des acteurs se révèlent peu ou pas efficaces. Des travaux de fond ont montré les limites des démarches de prévention et d'éducation à la santé en milieu scolaire **[7]**.
Cette démarche de professionnalisation, qui place l'enseignant en situation d'autonomie et de responsabilité accrues, dépasse l'acquisition de savoirs et d'une capacité à réfléchir dans et sur son action. Il ne s'agit pas seulement d'acquérir des outils en vue de mettre en œuvre cette réflexivité mais bien plus d'adopter une véritable posture réflexive. En ce sens, la professionnalisation des personnes concerne la construction de leur identité professionnelle **[encadré 1]**.

---

**4.** Cet ouvrage peut être téléchargé à l'adresse suivante : http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/ComportRisque.pdf [dernière consultation le 07/01/2010]

**ENCADRÉ 1**

**La professionnalisation des personnes [5]**

Construction progressive de l'identité professionnelle des enseignants, cette socialisation professionnelle relève de « l'initiation », au sens des ethnologues, et même de « la conversion », au sens religieux, qui donne accès à une nouvelle conception de soi. C'est au stade de la formation initiale qu'interviennent les changements les plus importants sur l'identité professionnelle de la personne. Toutefois, ce processus informel d'adaptation se poursuit tout au long de la carrière de l'enseignant.

Penser la formation en éducation à la santé des enseignants, c'est faire un choix fondamental. Soit limiter leur autonomie et investir dans des prescriptions de plus en plus fines (tant d'heures sur l'obésité en telle année avec telle méthode et tel document) ou bien leur faire une large confiance en élevant leur niveau de compétence. Le parti pris de cet ouvrage est clairement celui de former des gens assez compétents pour « savoir ce qu'ils ont à faire », de former des « praticiens réflexifs ». Ce choix n'est pas sans conséquence sur la vision que nous avons de la profession.

## UNE FORMATION LAISSANT TOUTE SA PLACE À UNE DÉMARCHE RÉFLEXIVE

### La réflexion en action

Éduquer à la santé ne peut ainsi se limiter à la mise en application de procédures prédéfinies. Le fait de s'adresser à des personnes humaines, les élèves, conduit à être dans un processus permanent d'adaptation. Cette adaptation doit être mise en œuvre en temps réel. C'est ce que Schön appelle la « réflexion en action ». Prenons l'exemple d'une séquence dans le domaine de l'éducation à la sexualité. L'enseignant a bien évidemment défini de façon précise les compétences dont il vise le développement chez les élèves et a préparé les dispositifs pédagogiques qu'il compte mettre en place. Pour autant, il ne peut anticiper totalement ce que seront les réactions des élèves, leurs façons d'entrer dans les tâches proposées. Chacun d'entre eux est dans une histoire, une dynamique de développement qui lui est propre. Le groupe lui aussi va réagir de façon originale en termes d'implication, de parole, de confiance… Le praticien répond à l'imprévu en changeant sur le champ certaines de ses stratégies, de ses théories ou de ses manières de poser le problème et en inventant des expériences « sur le tas » pour tester sa nouvelle compréhension. « C'est une pensée à la fois d'exploration, de construction d'hypothèses et de test qui s'accomplit d'un même mouvement, au cours même de l'action, et non par une référence après coup, ou en interrompant momentanément l'action. » **[6]**
Le cadre de notre action est ainsi fixé : il s'agit de développer les connaissances scientifiques susceptibles de servir de base à la pratique en éducation à la santé (à l'aide de ce que l'anthropologie peut dire du rapport à la

santé, de ce que l'épidémiologie peut apporter sur la prévalence de tel ou tel comportement ou de ce que la psychologie dit des facteurs liés aux conduites à risque…) et d'articuler cette approche rationnelle de l'apprentissage à une pratique réflexive. La référence au praticien réflexif n'est pas une théorie de la formation mais un « paradigme intégrateur et ouvert ». Il ne dit ni sur quoi ni comment réfléchit le praticien qui se définit dans un contexte et avec un champ professionnel bien spécifiques.

## Une approche des rapports théorie-pratique [8]

La mise en avant de l'importance de la démarche réflexive en formation est née du débat relatif aux rapports entretenus par la théorie et la pratique. Et ce, notamment, de la contestation de l'idée classique selon laquelle la formation met en jeu une démarche descendante de la théorie vers la pratique, cette dernière étant l'application concrète de la première. Schön souligne dans la préface du *Praticien réflexif* écrite en 1982 **[9]** : « J'en suis venu à la conviction que les universités ne se consacrent pas à l'élaboration et à la transmission d'un savoir fondamental en général. Ce sont des institutions qui adoptent en grande partie une épistémologie particulière, une vision tronquée de la connaissance, nourrie par un manque d'attention sélective à la compétence pratique et à l'art du professionnel. » Pour cet auteur, permettre la construction de compétences professionnelles ne peut relever du modèle descendant de la science appliquée. Pour lui, le paradigme fécond est celui de la science de l'agir professionnel. La pratique n'est plus dans la dépendance de la théorie. Elle entretient avec elle des rapports interactifs qui font que l'une nourrit l'autre et inversement **[10, 11]**. Elle trouve aussi toute sa pertinence à l'échelon des formations d'enseignants.

Dans le champ de l'éducation à la santé, il est évident que l'évolution des caractéristiques socioculturelles des populations, celle des connaissances scientifiques qui fondent les contenus comme les dispositifs pédagogiques, appelle à une adaptation constante. La pratique réflexive, qui suppose un constant va-et-vient entre faire et réfléchir, est au principe de toute action rationnelle un peu complexe, dont la régulation exige à la fois anticipation, ajustement continu en situation et, en cas d'échec, reprise sur la base d'une explication dictant une autre stratégie **[4]**. De plus, l'éducation à la santé, parce qu'elle est à la croisée des sciences humaines, sociales et biomédicales, oblige à sortir des expertises disciplinaires pour négocier un projet commun où le travail en réseau prend un sens nouveau autour d'un partenariat réel **[12]**. Elle impose de penser et de réaliser de nouveaux positionnements identitaires rendant plus aigu encore le besoin de réflexivité.

De plus, le fait de travailler avec des personnes humaines sur un objet qui touche l'intime, la sphère des émotions et l'identité culturelle renvoie fortement l'enseignant à sa propre histoire. Il doit être capable, dans le cours de l'activité, de réguler ses propres émotions, de mettre à juste distance ce qui relève d'une appréciation personnelle dans un contexte de travail où c'est en tant que professionnel qu'il est appelé à agir. « Professionnel de la prise en

charge de personnes, l'enseignant d'aujourd'hui devrait, comme les autres, apprendre très rapidement à ne pas refouler ou nier tous ces aspects, à les considérer comme normaux, à les analyser, à en parler, à demander de l'aide lorsqu'il se sent dépassé par une relation trop forte ou une situation trop complexe. » **[13]**

Le cadre scolaire présente des spécificités en termes de missions comme de valeurs. Ainsi, au-delà de l'indispensable technicité du métier fondé, rappelons-le, sur des connaissances scientifiques constamment remises à jour où il va s'agir d'organiser un ensemble de savoirs validés et complexes dans une perspective de transposition didactique, nous ne pouvons que souligner l'importance des dimensions morales, politiques et affectives qui sollicitent en permanence une réflexion sur l'action. Dans ce contexte, l'activité ne peut se référer au seul registre de la transmission de connaissances mais oblige à une pratique réfléchie fondée sur l'analyse de son expérience d'enseignement « passée, présente, future et conditionnelle » **[14]**. Elle se doit d'être accompagnée d'une démarche de structuration et de transformation de ses perceptions et de ses savoirs. Elle fait appel à la prise de conscience et à la prise en charge par l'enseignant en formation de son développement professionnel par le déploiement d'une pensée rationnelle inscrite dans un cadre de valeurs éducatives explicites. Il ne s'agit pas d'une simple réflexion au niveau de l'action mais véritablement d'une réflexion sur l'action dans une visée « méthodique, régulière, instrumentée, sereine et porteuse d'effets » **[15]**, acquise dans un processus continu et délibéré. L'objectif n'est pas simplement de faire face à une situation inédite ou impromptue mais bien de pouvoir ainsi s'autoréguler dans l'action en fonction d'objectifs pédagogiques, de buts déterminés et d'un ensemble cohérent de valeurs, référés certes à la pratique professionnelle mais aussi aux missions assignées au système éducatif ainsi qu'aux finalités propres de l'éducation à la santé.

Dans un second temps, le travail de réflexivité conduit le praticien à mettre à distance la situation et à prendre du recul par rapport à lui-même et son propre système de représentation **[16]**. Cette posture d'extériorité permet de tisser du lien entre un ensemble de savoirs théoriques et une expérience professionnelle. La réflexivité consiste alors à extraire d'actes professionnels et d'expériences pédagogiques les invariants en même temps que les particularités du contexte pour les formaliser. Cette formalisation participe à la construction des savoirs professionnels caractéristiques d'une profession, en l'occurrence ici l'enseignement. Il devient possible d'aller vers une amélioration des pratiques fondée sur une analyse de ces dernières et vers la confrontation à d'autres possibles. Cette démarche est en fait un outil de remise en question *a posteriori* des dispositifs pédagogiques et didactiques en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques, des objectifs à atteindre, des stratégies mises en œuvre et des publics auxquels on s'adresse.

Le retour réflexif contribue ainsi au développement professionnel en dépassant les questions du « comment faire ». Il conduit à aborder des questions plus fondamentales d'ordre éthique et politique mais aussi émotionnel, celles du sens en référence aux exigences sociales et aux valeurs mais aussi du

bénéfice et du développement personnel. Cette posture « réfléchie » autorise le recul par rapport à l'action (en utilisant les cadres de pensée liés au métier d'enseignant et ceux de l'individu lui-même).
Il s'agit donc de penser nos formations dans une perspective large, celle de la construction de l'identité professionnelle des enseignants. Ce n'est pas simplement s'appuyer sur des « modules alternance » ou des « modules d'accompagnement des stages » mais plutôt promouvoir une approche générale de la formation. Une nouvelle fois, les questions posées par la formation dans le domaine de l'éducation à la santé renvoient à une problématique plus large.
À titre d'illustration, nous proposons ici une grille d'étude de la dimension éthique des dispositifs d'éducation à la santé. Un document (pas plus qu'une activité ou un module isolé) ne peut pas faire émerger chez les stagiaires une démarche réflexive ; tout au plus peut-il entrer dans une progression. Notre expérience nous a montré que l'entrée éthique était l'une des plus fructueuses, notamment en formation continue, pour travailler la capacité à la « réflexion dans l'action ». Il s'agit de s'interroger sur les attendus éthiques de l'action réalisée en cours ou à venir à l'aide d'outils adaptés **[encadré 2]** dans un va-et-vient entre l'établissement et l'université.
Ce type de grille est susceptible d'aider les enseignants à relire leur pratique mais aussi de permettre un dialogue entre différents professionnels et ainsi de rendre explicites les divers points de vue sur une même situation. Cette activité, dans sa dimension collective, est l'un des supports d'un travail visant l'émergence d'une culture commune aux acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire.

## ENCADRÉ 2

**Exemple de document utilisé en formation continue. Il constitue un support à une démarche d'analyse des attendus éthiques de l'action réalisée, en cours ou à venir dans un va-et-vient entre l'établissement et le centre de formation.**

### Une grille d'étude de cas

Cette grille n'est pas exhaustive ni efficace dans toutes les situations ; elle est simplement un outil au service des acteurs de l'éducation à la santé à l'École. Elle peut leur permettre de structurer leur réflexion afin d'évaluer une action passée ou prendre une décision face à une situation donnée. Il s'agit de l'adaptation au contexte spécifique de l'éducation à la santé en milieu scolaire de la grille proposée par M.J. Thiel. **[17]**.

**1 Le dilemme éthique**

1.1 Nommer les acteurs de la situation décrite (sans oublier les principaux intéressés : les élèves) et préciser les relations réciproques (acteurs internes à l'établissement scolaire, partenaires extérieurs…).

›››

1.2 Énoncer le dilemme éthique : sur quoi porte le problème éthique (est-il lié à la question de savoir s'il est acceptable ou non de délivrer tel message, de mettre en œuvre telle méthode, d'aborder tel aspect de l'intimité des élèves, de peser les bénéfices escomptés et les risques encourus dans la mise en œuvre d'une démarche d'éducation à la santé en milieu scolaire) ? Où réside la difficulté ? Faites le tri des différentes questions posées et organisez-les.

**2 L'analyse de cet agir**

2.1 Les circonstances : de temps, de lieu, de cadre... Posez-vous les questions : où, quand, comment, pourquoi cette situation ?

2.2 L'intention : quelle intention l'agent principal (personne isolée ou groupe, professionnel de l'école, partenaire, famille) poursuit-il ? Est-ce une finalité explicite, n'y a-t-il pas un but inavoué, un sens dont il n'a pas clairement conscience et qui pourtant est susceptible de motiver son action ? Quelles sont les motivations exprimées et éventuellement non exprimées ? A-t-on prévu ou envisagé les conséquences ?

2.3 Les enjeux : quels sont les enjeux pour chacun des acteurs, pour leurs institutions respectives ? En particulier pour l'Éducation nationale à l'échelle de l'établissement mais aussi des structures départementales, académiques ou nationales ?

2.4 L'agir proprement dit : quel est l'objet de cet agir ? Quels moyens ont été prévus (ou employés) ? S'agit-il de moyens ordinaires de la vie de l'établissement ou faut-il les qualifier d'extraordinaires ? Les techniques utilisées en éducation à la santé : information de masse, les stratégies visant à agir sur les comportements... ne sont pas sans effets secondaires. Quels sont les risques et les avantages de la (des) technique(s) mise(s) en œuvre dans l'action d'éducation à la santé ? Qu'en est-il dans ce cas particulier ?

2.6 La décision : a-t-on abordé le problème de pertinence de l'action d'éducation à la santé et de ses modalités ? Y a-t-il eu échange à ce sujet, qui a été concerné, cet échange a-t-il permis à chacun des protagonistes de s'exprimer ?

2.5 Normes, valeurs, principes : quels sont les principes qui président à l'agir ? Quelles sont les normes éthiques et les valeurs morales de l'agent principal ? Qu'est-ce qui est prioritaire pour lui ? Essayez d'établir, pour chacun des protagonistes de l'action d'éducation à la santé, une échelle de valeurs en hiérarchisant celles-ci de la plus désirable à la moins désirable. Il est possible que l'échelle des valeurs diffère selon la position de l'un ou l'autre des acteurs vis-à-vis du projet. Les priorités sont-elles les mêmes pour un enseignant, un chef d'établissement, un partenaire du milieu associatif, un médecin ou une infirmière de l'Éducation nationale ? Ces principes, normes et valeurs sont-ils conciliables ? À ce stade, un travail sur les textes qui régissent l'éducation à la santé dans le système éducatif français peut être utile **[18-20]**. Il s'agit alors de rechercher s'il y a cohérence entre les principes qui président à l'agir et ceux spécifiques au cadre scolaire[1].

2.7 Les conséquences de cette action : si l'action a eu lieu, quelles en ont été les conséquences directes, indirectes, à court, moyen ou long terme ? Quelles ont été les retombées sur l'ensemble des acteurs ? Comment la question de l'évaluation a-t-elle été prise en compte ? Agir, c'est poser des actes dont certaines conséquences sont contradictoires. Essayez de discerner et d'évaluer les effets humanisants et les conséquences déshumanisantes de l'action mise en œuvre.

›››

---

**1.** Voir la partie « Le champ de l'éducation à la santé en milieu scolaire », p. 55.

2.8 Finalement, quel regard global portez-vous sur cet agir ? Qu'est-ce qui est décisif ?

**3 Appréciation éthique de la décision**

3.1 Appréciation globale : s'il s'agit d'une action passée, la décision prise de mettre en œuvre ou non cette action d'éducation à la santé, d'amender les méthodes employées, vous semble-t-elle éthiquement bonne ou mauvaise ? Pourquoi ? Si l'action n'a pas encore eu lieu, quel est votre choix ?

3.2 Autres « conduites à tenir possibles » : envisagez d'autres solutions possibles en mesurant leurs conséquences éthiques respectives.

3.3 Que retenir, pour la pratique, de cette étude de cas ?

## Bibliographie


[1] Bourdoncle R., Demailly L. *Les professions de l'éducation et de la formation*. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion, 1998 : 480 p.

[2] Périsset-Bagnoud D. Quelle professionnalisation pour les nouvelles institutions de formation ? Les enjeux des hautes écoles pédagogiques en Suisse. *Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire des enseignants ?* [colloque]. Arras : Conférence des directeurs d'IUFM de France, 2007.

[3] Perrenoud P. *La formation des enseignants entre théorie et pratique*. Paris : L'Harmattan, 1994 : 254 p.

[4] Perrenoud P. *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*. Paris : ESF, 2001 : 224 p.

[5] Bourdoncle R. La formation des enseignants : du métier à la professionnalisation. *Journées d'étude « Formation de formateurs »* [colloque]. Paris : INRP, 2007. En ligne : http://www.inrp.fr/blogs/vst/index.php/2007/10/02/enseignant_un_metier_ou_une_profession [dernière consultation le 07/01/2010]

[6] Bourdoncle R. Professionnalisation des enseignants, les limites d'un mythe. *Revue française de pédagogie*, 1993, n° 105 : p. 83-119. En ligne : http://www.inrp.fr/publications/edition-electronique/revue-francaise-de-pedagogie/RF105.pdf [dernière consultation le 07/01/2010]

[7] Thomas R. School-based Programs for Preventing Smoking. *The Cochrane Collaboration*, 2005, n° 4 : 130 p.

[8] Berger D. La formation des acteurs de l'éducation à la santé : vers des praticiens réflexifs. *In :* Jourdan D., dir. *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse : Éditions universitaires du Sud, coll. École et santé, 2004 : 401 p.

[9] Schön D. *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Éditions Logiques, 1994 : 418 p.

[10] Martinez C. *Former l'enseignant réflexif*. Montpellier : GREX, 2004 : 22 p. En ligne : http://www.expliciter.fr/IMG/pdf/FORMER_L_ENSEIGNANT_REFLEXIF.pdf [dernière consultation le 07/01/2010]

[11] Gutierrez E. Un outil pour accompagner la formation des enseignants. *Un nouveau cadre pour l'éducation à la santé et la prévention des conduites addictives. Quels enjeux, quels dispositifs ?* [2e colloque national des IUFM]. Paris : Conférence des directeurs d'IUFM, 2008.

[12] Mérini C., De Peretti C. Dans quelle position l'École met-elle ses partenaires dans la mise en œuvre d'une action d'éducation à la santé ? *Revue Santé publique*, 2002, vol. XIV, n° 2 : p. 147-164.

[13] Cifali M. *Caractéristiques du métier d'enseignant et compétences : enjeux actuels*. Genève : Faculté de psychologie et sciences de l'éducation, 1994.

[14] Hensler H. La pratique réflexive, pour un cadre de référence partagé par les acteurs de la formation. *Recherche et formation*, 2001, n° 36 : p. 29-42.

[15] Perrenoud P. *De la réflexion dans le feu de l'action à une pratique réflexive*. Genève : Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, 1998.
En ligne : http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1998/1998_31.html [dernière consultation le 07/01/2010]

[16] Paquay L. Entretien avec Jean Donnay et Évelyne Charlier. *Recherche et formation*, 2001, n° 36 : p. 169-172.

[17] Thiel M. J., Thévenot X. *Pratiquer l'analyse éthique*. Paris : Le Cerf, 1999 : 408 p.

[18] Ministère de l'Éducation nationale. *Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège*. Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998, BOEN, n° 45, 3 décembre 1998.

[19] Ministère de l'Éducation nationale. *Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves*. Circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001, BOEN Spécial, n° 1, 25 janvier 2001.

[20] Ministère de l'Éducation nationale. *Protection en milieu scolaire. Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).* Circulaire n° 2006-197 du 30 novembre 2006, BOEN, n° 45, 7 décembre 2006.

# La question de la formation ne se limite pas à la dimension pédagogique

Une fois posé le cadre général de la formation des enseignants en éducation à la santé, nous nous proposons maintenant d'en aborder la mise en œuvre. À ce stade, il s'agit d'en expliciter les différentes dimensions. Nous avons choisi, parmi d'autres possibles, l'entrée par les fonctions de la formation dans le but de permettre une élucidation des enjeux politique, technique, pédagogique et ceux liés à l'accompagnement des adultes apprenants. P. Caspar propose de distinguer quatre fonctions complémentaires **[1]** : politique, technique, pédagogique et de conseil[1]. Cette manière de découper est sans doute contestable, mais elle nous semble susceptible de constituer un support pour une approche large des enjeux. Il n'est en effet possible d'avancer dans la mise en œuvre d'une formation en éducation à la santé qu'à la condition de bien saisir les différentes dimensions de la formation et de ne pas se limiter à son volet technique.

## LA FONCTION POLITIQUE

Cette fonction politique est assurée à la fois par le ministère de l'Éducation nationale (textes de cadrage, pilotage…) et par les structures de formation et d'encadrement (plans de formation, formation des formateurs…). Dans le champ de l'éducation à la santé, cette fonction englobe la vérification de l'adéquation entre les besoins et l'offre de formation (réflexion sur les besoins de

1. Terme auquel nous préférons celui d'accompagnement.

formation, articulation de l'évolution des compétences demandées aux acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire avec des dispositifs de formation adaptés), la formulation opérationnelle des choix politiques (traduction des grandes orientations en objectifs pour la formation) et la gestion des ressources (direction des équipes, formation des formateurs, gestion des budgets).
Les enjeux politiques sont multiples. Celui de la cohérence et du sens est sans doute le plus difficile à prendre en compte. En effet, la multiplicité des priorités conduit soit au risque de l'empilement des modules de formation, soit à l'absence totale de prise en compte de l'éducation à la santé. Construire des politiques de formation centrées sur l'activité éducative et la prise en compte de l'enfant dans sa globalité reste une tâche très difficile du fait de la place de la référence aux savoirs et aux disciplines dans le système éducatif français.
Un second enjeu est lié au développement d'une véritable politique de formation pluri-institutionnelle et pluri-catégorielle aux différents niveaux (national à local).
Enfin, une politique de formation ne peut que s'appuyer sur un vivier de formateurs (enseignants de l'université, maîtres formateurs, conseillers pédagogiques...) et donc sur des stratégies de formation et d'accompagnement de ces formateurs. La mise en œuvre de telles stratégies est complexe, car elle demande une anticipation des besoins, un soutien à long terme à la formation initiale et continue de haut niveau (master ou thèse[2]). Il s'agit là d'un troisième enjeu fort **[encadré 1]**.

## ENCADRÉ 1

### La création d'un métier d'éducateur à la santé ?

Actuellement se développe dans notre pays un débat sur l'opportunité de la création d'un métier d'éducateur santé (débouché de la filière STAPS comme le propose le rapport Flageolet). Ces spécialistes seraient habilités à intervenir en milieu scolaire. Il nous paraît nécessaire de souligner les risques d'une telle politique. D'une part, elle conduirait à une déresponsabilisation des acteurs, notamment des enseignants, et à une médicalisation de l'éducation à la santé. En effet, la légitimité de tels éducateurs en santé se situant dans la référence aux thématiques de santé et non à l'éducation de la personne dans sa globalité, il serait difficile d'entrer dans une démarche collective de promotion de la santé à l'échelle de l'établissement ou de l'école. Il nous semble beaucoup plus pertinent, et moins coûteux, de développer massivement la formation d'experts au sein même des professionnels du

›››

2. Plusieurs universités proposent des masters en éducation à la santé ; quelques-unes ont des équipes de recherche susceptibles d'accueillir des doctorants. Augmenter l'offre dans ce domaine comme soutenir les formateurs d'enseignants qui s'engagent dans des processus de formation diplômante, quel que soit leur enracinement institutionnel, est indispensable. Les universités Blaise Pascal Clermont 2, d'Auvergne Clermont 1, Claude Bernard Lyon 1 et l'École des hautes études en santé publique offrent un master centré sur l'éducation à la santé en milieu scolaire. Les modalités de la formation (sessions, modules à distance, stages...) ont été pensées pour faciliter la participation des formateurs. Le laboratoire Paedi, quant à lui, accueille des étudiants en thèse, notamment des professionnels de la formation.

système éducatif comme des collectivités territoriales. En formation initiale, ceci passerait par la création d'unités d'enseignements (UE) optionnelles de master centrées sur l'éducation à la santé. Les étudiants titulaires de ces UE ayant réussi les concours de l'enseignement joueraient un rôle de coordination dans les établissements. Ceux ayant échoué auraient ainsi une compétence spécifique susceptible d'être valorisée. En formation continue, il s'agirait de soutenir les professionnels de l'Éducation nationale (personnels de direction, de vie scolaire, d'enseignement, d'administration, d'entretien ou médicosociaux) dans des démarches de formation continue diplômante. Du côté des collectivités territoriales, la démarche peut être de même nature et être complétée par la création d'un « métier de coordination locale des actions de prévention menées sur le territoire considéré par les différentes institutions (école, entreprise, communes, communautés, associations…) ». C'est du reste une autre des propositions du rapport Flageolet. Il s'agit cette fois de se situer dans une perspective de formation et d'accompagnement des acteurs et des institutions.

## LA FONCTION TECHNIQUE

Il s'agit ici de tout ce qui concerne l'ingénierie de la formation : conception, montage, planification, gestion, conduite, évaluation des dispositifs et des actions de formation. Dans notre domaine, elle diffère largement d'une structure de formation à l'autre, d'un corps professionnel à l'autre. Néanmoins, deux éléments conduisent à des convergences. Il s'agit d'abord d'un mouvement général de recherche de professionnalisme dans la formation qui conduit les responsables à manier des outils communs. Ensuite, étant donné que les pôles universitaires qui ont été en mesure d'assurer la formation en éducation à la santé des responsables de formation sont (et restent) peu nombreux, un certain nombre d'éléments sont communs à différents milieux en ce qui concerne les méthodes de formation ou l'évaluation.

Dans le domaine de l'ingénierie de la formation, l'enjeu principal est celui de la compétence des responsables de formation. Sur ce point, l'essentiel est sans doute de rappeler qu'on ne s'improvise pas organisateur de formation. Toute personne possédant une expertise professionnelle en éducation à la santé (enseignant expérimenté, infirmier ou médecin conseiller technique, professionnel de la prévention…) n'est pas par essence en situation de construire de façon pertinente des formations. L'ingénierie de la formation est un métier qui s'apprend, des stages, des formations universitaires relatives à la formation d'adulte existent[3]. Pour notre système de formation, il s'agit bien ici de répondre à une double problématique : d'une part, former à l'ingénierie un nombre croissant de spécialistes de l'éducation à la santé mais aussi, d'autre part, proposer à des personnes en situation de responsabilité une formation

---

3. Deux formations diplômantes sont accessibles à distance par le Cned (www.cned.fr). Il s'agit de la licence de sciences de l'éducation en un an, dominante Formation des adultes – universités Lyon 2 et Rouen – et du master 2 – spécialité Métiers de la formation – parcours Ingénierie et conseil en formation – université de Rouen. L'IUFM d'Auvergne, université Blaise Pascal Clermont-Ferrand II, offre un master des métiers de la formation.

relative à l'éducation à la santé. Cette question de la formation des concepteurs de formation et des formateurs se révèle aujourd'hui être d'une grande acuité. Une action politique de sensibilisation (voire de lobbying) aux problématiques d'éducation à la santé auprès des directeurs de centres de formation a bien peu de chance d'avoir des retombées tangibles s'il n'existe pas de ressources internes tant au niveau des responsables de formation que des formateurs.

## LA FONCTION « PÉDAGOGIQUE »

La formation a pour objectif de permettre aux acteurs de développer les compétences nécessaires à la mise en œuvre de projets éducatifs relatifs à la santé. Comme nous l'avons déjà indiqué, la visée de l'éducation à la santé ne peut être la simple transmission de savoirs définitivement acquis, de règles intangibles. Il ne peut s'agir non plus de la transformation finalisée de comportements correspondant à un conditionnement de l'élève. L'éducation se pense comme un projet tendant à développer des attitudes, des compétences ; elle a pour but de permettre l'émancipation de l'élève, l'apprentissage de la liberté basé sur l'autonomie, l'esprit critique et la créativité. De plus, elle laisse une large place à la prise en compte des conceptions des élèves sur leur corps, leur bien-être, leurs peurs, leur santé... Dans cette perspective, la formation des acteurs ne peut se limiter à donner à des étudiants ou à des stagiaires des informations qu'ils seront à leur tour invités à transmettre à leurs élèves. Il s'agit de leur permettre de se construire comme éducateurs. Nous avons largement insisté, dans la partie précédente, sur les enjeux liés à la mise en place de formations faisant droit à la complexité de l'objet. Nous n'y reviendrons pas ici.

Philippe Meirieu définit le pédagogue « comme un éducateur qui se donne pour fin l'émancipation des personnes qui lui sont confiées, la formation progressive de leur capacité à décider d'elles-mêmes de leur propre histoire, et qui prétend y parvenir par la médiation d'apprentissages déterminés » **[2]**. Le formateur d'adultes, qui vise la construction de compétences professionnelles, a aussi pour fin l'autonomie des personnes par la médiation d'apprentissages déterminés. Il s'agit pour lui de concevoir et de conduire le face-à-face entre ceux qui apprennent et ceux qui conçoivent et créent les conditions d'un apprentissage réussi. La formation des enseignants est d'abord une formation d'adultes et ne peut faire l'impasse sur les spécificités de l'adulte apprenant et doit donc être structurée en conséquence. Il est indispensable que l'expérience des stagiaires soit largement sollicitée ; le formateur est d'abord le facilitateur, celui qui accompagne des adultes désireux d'acquérir ou de parfaire des connaissances, des habiletés ou des attitudes à visées professionnelles. Il vise avant tout la maturité, l'autonomie dans le rapport aux savoirs, savoir-faire et savoir-être qui sont constitutifs de l'identité professionnelle enseignante. L'enjeu est ici d'accompagner des adultes dans un processus de formation à leur mesure. En fait, nous devrions dire des adultes apprenants car « être adulte » ressort plus d'un processus que d'un état. Aux différents moments de leur vie personnelle et professionnelle, le rapport à l'expérience, au temps,

aux rôles sociaux, à la place de la formation dans un déroulement de carrière diffère fortement. Dans les chapitres suivants, nous aborderons ces questions de façon plus approfondie. Bien d'autres enjeux d'ordre pédagogique se font jour : la personnalisation des parcours, la prise en compte de l'expérience des acteurs, leur motivation…

## LA FONCTION D'ACCOMPAGNEMENT

Il ne s'agit pas ici de la fonction d'expertise qui vise seulement à vérifier une conformité mais plutôt une position d'écoute des acteurs, de prise en compte des besoins, d'élucidation des demandes, de soutien. P. Caspar souligne « qu'elle implique une posture mentale et affective tout à fait nouvelle dans la relation à autrui : une position « clinique » bien différente des rapports traditionnels entre formateurs et formés ».

Dans le domaine de l'éducation à la santé, l'accompagnement dans la formation revêt une importance d'autant plus grande que celle-ci remet vivement en cause les représentations habituelles des acteurs quant à leurs missions. Le risque de déstabilisation est réel[4]. Construire des dispositifs prenant en compte l'adulte en formation dans toutes ses spécificités, ses dynamiques propres, permettre l'émergence de formateurs capables d'accompagner les personnes en cours de formation représentent d'autres enjeux. Cette question sera approfondie dans le cinquième chapitre de cette partie de l'ouvrage.

Cette rapide analyse des enjeux liés aux différentes fonctions de la formation conduit à insister sur l'importance de mener la réflexion et l'action dans ces quatre domaines de façon simultanée. À l'échelon national comme régional ou dans une université, c'est à la condition d'une clarification de ce qui est en jeu et d'une prise en compte de ces différentes fonctions qu'il est possible d'inscrire, dans la durée, l'éducation à la santé dans la formation des enseignants. L'élucidation des différentes fonctions de la formation rend peu crédible une action qui viserait, comme c'est souvent le cas, à implanter un module de quelques heures dans les plans de formation. Avancer sur ces questions suppose de penser tant le cadre institutionnel et politique que les ressources humaines, tant les approches de la formation que les outils mis en œuvre.

## Bibliographie

[1] Caspar P. *Éduquer et former. Les connaissances et les débats en éducation et en formation.* Auxerre : Éditions Sciences humaines, 1998 : 540 p.

[2] Meirieu P. *Le choix d'éduquer. Éthique et pédagogie.* Paris : ESF, coll. Pédagogies/Recherche, 1999 : 198 p.

4. Voir le chapitre « Les déterminants de l'activité de l'enseignant en éducation à la santé », p. 115.

# Les déterminants de l'activité de l'enseignant en éducation à la santé

Comme nous l'avons indiqué précédemment, avancer sur la question de la formation en éducation à la santé, c'est accepter de prendre l'École, le métier et les enseignants là où ils sont aujourd'hui et de concevoir notre action comme un accompagnement. Pour y parvenir, la bonne volonté ne suffit pas. La première partie a brossé un tableau assez large du contexte de l'École et des enseignants. Il nous reste à tenter de mieux comprendre l'activité des enseignants en éducation à la santé. Il nous faudra alors dépasser la référence à l'implantation pour aller vers celle de la prise en compte des enseignants comme acteurs à part entière. Ces derniers sont, en effet, des professionnels dont l'activité peut être étudiée, entre autres, à la lumière du cadre conceptuel de la psychologie du travail[1]. Une analyse de l'activité et de ses déterminants est susceptible de servir de base à une réflexion renouvelée sur la formation. La théorie fonctionne comme une grille de lecture de l'expérience. Sans permettre de tout prévoir et contrôler, elle aide au moins à rendre explicite ce sur quoi est basée l'action, à donner du sens, à formuler des hypothèses interprétatives.

**1.** Nous nous situerons dans la veine de la psychologie ergonomique et ferons appel au modèle d'analyse de l'activité des enseignants développé par R. Goigoux. Nous suivrons de près cet auteur dans notre exposé (Goigoux R. Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants. *Éducation et didactique*, 2007, vol. 1, n° 3 : p. 47-70).
En ligne : http://education-et-didactique.bretagne.iufm.fr/IMG/pdf/goigoux.pdf [dernière consultation le 08/01/2010]

## L'ACTIVITÉ DE L'ENSEIGNANT N'EST PAS LA SIMPLE MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES

Tout travail, activité d'enseignement comprise, comporte toujours quatre composantes **[1]** :

- travailler, c'est occuper des postures, réaliser des gestes ;
- travailler, c'est traiter de l'information, c'est « communiquer » avec la matière, soit directement, soit à l'aide d'intermédiaires ;
- travailler, c'est aussi réguler des processus complexes nés des interactions entre les cellules d'un système dont on est soi-même l'un des éléments ;
- travailler, c'est enfin mettre en jeu des processus de pensée gérant les activités précédentes ; c'est mettre en œuvre des stratégies, des représentations.

Ainsi, dans le domaine de l'éducation à la santé comme dans tous les autres, l'activité des enseignants ne consiste pas en la simple mise en œuvre de circulaires ou de programmes ou l'application directe de protocoles prédéfinis. Ce qui la conditionne est beaucoup plus complexe. Elle est dépendante, certes, de paramètres institutionnels (prescriptions liées aux programmes, projets d'établissement, circulaires) mais aussi personnels (nature des représentations de l'enseignant quant à sa mission dans le champ de l'éducation à la santé, histoire personnelle) et liés au public (les élèves, leurs besoins, leurs attentes). L'ensemble s'inscrit dans un contexte déterminé (les conditions de travail).

## LA FORMATION NE PEUT SE LIMITER À LA PRESCRIPTION DE BONNES PRATIQUES

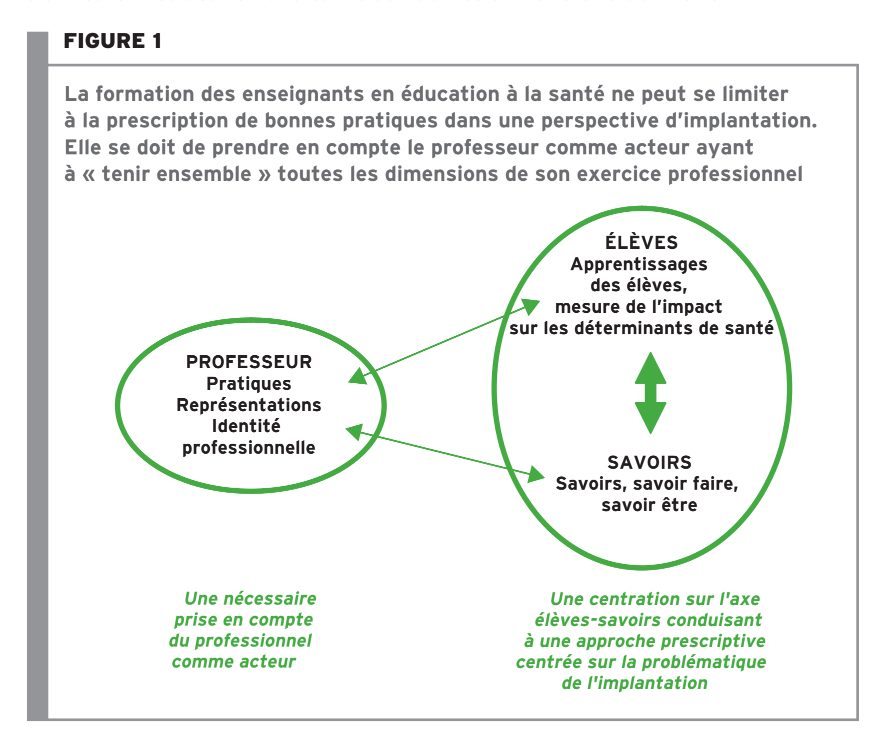
Puisque ce qui conditionne l'activité professionnelle est lié à une multiplicité de déterminants, il s'agit d'accéder à la compréhension des contradictions inhérentes au métier d'enseignant entre les exigences des apprentissages des élèves et celles de l'exercice réel du métier pour offrir une formation réellement adaptée. L'enseignant comme tout professionnel n'est pas un robot agissant sous l'action de prescriptions mais un sujet pris dans un ensemble de contraintes de l'articulation desquelles va émerger son mode d'exercice de l'activité professionnelle. De la maternelle au lycée, « les enseignants prennent quotidiennement de multiples décisions dans bien d'autres buts que de favoriser les apprentissages des élèves : par exemple, pour préserver l'affection que ceux-ci leur portent, pour ne pas "les mettre en échec", pour maintenir la paix sociale dans la classe, pour entretenir leur propre motivation ou pour économiser leurs forces. Tous s'efforcent de trouver en classe un bien-être suffisant pour "tenir" chaque jour ou "durer" toute une carrière ». Ils sont à la recherche d'un équilibre entre deux logiques de régulation de leur activité : la logique des savoirs enseignés (savoirs, savoir-être, savoir-faire) et la logique de la conduite de la classe (celle de la régulation sociale des échanges

et des comportements). Il est bien évident que la seconde logique peut vite prendre le pas sur la première lorsque les conditions d'exercice se dégradent : plus les difficultés des élèves sont grandes, plus les décisions prises par les professeurs tendent avant tout à maintenir « la classe en vie », c'est-à-dire en ordre et en activité, choix qui se fait parfois au détriment des apprentissages **[2]**.

Le fait de se situer dans un champ marginal de l'activité rend d'autant plus importante la prise en compte de ces tensions. Il s'agit de contribuer au développement des compétences des acteurs et non de prescrire des bonnes pratiques dans une logique d'implantation **[figure 1]**. Toute formation est appelée à articuler l'éducation à la santé aux autres dimensions du métier.

**FIGURE 1**

**La formation des enseignants en éducation à la santé ne peut se limiter à la prescription de bonnes pratiques dans une perspective d'implantation. Elle se doit de prendre en compte le professeur comme acteur ayant à « tenir ensemble » toutes les dimensions de son exercice professionnel**



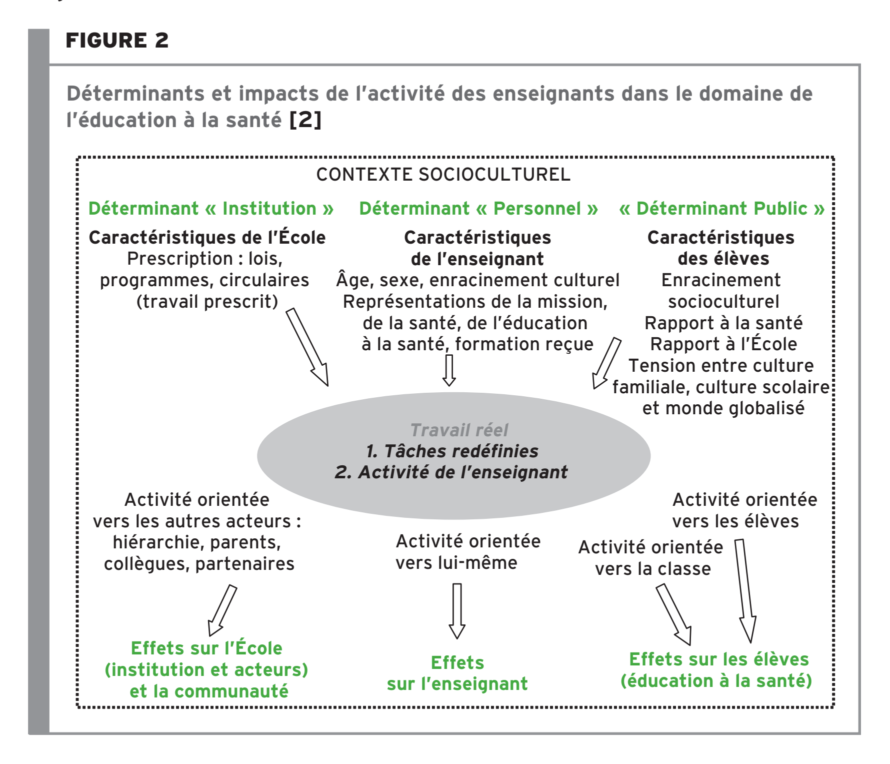

## LES POIDS RESPECTIFS DES DIFFÉRENTS DÉTERMINANTS DE L'ACTIVITÉ DE L'ENSEIGNANT

Comme nous l'avons indiqué plus haut, les déterminants de l'activité des enseignants sont multiples. Selon les volets de l'activité enseignante concernés, leurs poids respectifs sont très différents. Lorsqu'il s'agit d'aborder en formation l'apprentissage de la lecture avec des professeurs des écoles de cours préparatoire, le déterminant institutionnel joue un rôle central : apprendre à lire constitue le cœur de la mission de ces professionnels et est encadré par un ensemble de textes à forte valeur prescriptive. Ceci étant, il est bien évident que les autres déterminants (personnel et public) jouent aussi un

rôle important. Le cas de l'éducation à la santé est différent notamment parce qu'elle ne constitue pas une discipline.
Nous allons examiner successivement les caractéristiques de l'école en tant qu'institution et contexte social d'exercice du métier, celles des élèves (leurs savoirs et leur rapport au savoir ou à l'école, leurs compétences, leurs comportements individuels et collectifs, etc.) et celles des enseignants (finalités et objectifs, savoirs et savoir-faire, conceptions, valeurs et croyances, expérience et formation) en rapport au domaine spécifique de l'éducation à la santé **[figure 2]**.

**FIGURE 2**

**Déterminants et impacts de l'activité des enseignants dans le domaine de l'éducation à la santé [2]**




## Le déterminant institutionnel

Du côté de l'institution, il s'agit d'abord d'identifier la nature de la prescription. Le travail prescrit représente tout ce qui est défini en amont par l'institution scolaire et qui est communiqué à l'enseignant pour l'aider à concevoir, à organiser et à réaliser son travail. Il s'agit des programmes d'enseignement et des instructions qui définissent, en amont, les attentes de l'institution scolaire à l'égard des professeurs ; de l'évaluation du travail des enseignants par les corps d'inspection, réalisée au cours de leur activité, mais qui pèse par anticipation sur la conception de celle-ci et de l'évaluation des performances scolaires des élèves qui définit ce qui est attendu en aval, à l'issue de l'activité professionnelle des enseignants. À titre d'exemple, le fait que des inspecteurs pédagogiques régionaux SVT (sciences et vie de la Terre) incluent de façon

systématique un échange sur l'éducation à la santé, l'éducation à l'environnement et au développement durable au cours des inspections a nécessairement pour impact de conduire les enseignants, en amont, à s'interroger sur la nature de leur contribution dans ces domaines et à la rendre explicite. En éducation à la santé, même s'il existe effectivement une prescription primaire (programmes scolaires, socle commun, circulaires[2]), elle a un rôle mineur en terme d'impact sur la pratique car elle est noyée au sein d'une myriade d'autres priorités qui, tant que le travail de redéfinition du métier d'enseignant ne sera pas plus avancé, ne pourront prendre sens dans une pratique pour tous les enseignants. De la même façon, les projets d'établissement ou de CESC, qui constituent aussi des dimensions de la prescription (à l'échelle de l'établissement), n'ont qu'une incidence relative sur les pratiques professionnelles enseignantes. Cette approche générale est à nuancer car les questions de santé ont une place importante dans certains contextes ou disciplines d'enseignement en second degré (STMS, VSP, SVT, EPS notamment). En premier degré, ce sont plutôt des thématiques qui sont reconnues comme faisant partie de la prescription (alimentation, sécurité routière ou hygiène). Le fait que l'éducation à la santé ne soit explicite que dans les programmes de certaines disciplines peut être un obstacle à une conception de l'éducation à la santé comme dispositif d'éducation globale de la personne (au profit d'un simple apport de connaissances).
La prescription secondaire (celle émanant des universités ou des centres de formation et qui est particulièrement prégnante dans les métiers de l'enseignement) existe mais est ici marginale, cantonnée à quelques centres, notamment ceux où existe un réel travail conjoint entre IUFM, santé scolaire et corps d'inspection.

## Le déterminant personnel

Comme l'ont montré de nombreux travaux **[3]**, le déterminant personnel joue un rôle central dans l'activité des enseignants en éducation à la santé. Il serait inexact de dire que l'éducation à la santé à l'école est l'affaire de quelques militants, mais il est clair que l'histoire du sujet et les valeurs qu'il défend sont centrales. Une étude **[4]**, conduite par entretien auprès de 207 professionnels de cinq collèges, montre que, pour 55 % des professionnels, c'est la référence à leurs convictions et à leur engagement personnel qui est première : « Il faut construire quelque chose avec eux (les élèves), il ne faut pas limiter son travail au disciplinaire, il faut être à l'écoute des élèves. » Le déterminant institutionnel n'étant, quant à lui, premier que pour moins d'un tiers des professionnels essentiellement du côté des personnels de direction, de vie scolaire et médicosociaux.
Une autre étude **[5]**, centrée quant à elle sur la prévention des conduites addictives, a tenté de cerner la façon dont des professionnels des lycées se situent

**2.** Les textes institutionnels sont décrits et analysés dans la première partie de cet ouvrage (« Le contexte de la formation des enseignants à l'éducation à la santé », p. 27).

dans ce champ complexe, objet d'une pression sociale importante, fortement connoté au plan moral et qui touche l'intime des personnes. Les résultats montrent que bien qu'aucun des professionnels interrogés ne remette en cause la pertinence de la prévention au lycée, il existe une réelle diversité dans les modalités d'implication. Le déterminant personnel (le fait d'être fumeur ou non, les représentations individuelles sur les comportements addictifs, les rapports à l'interdit, à la prévention, ainsi que la perception des missions de l'École par les membres de la communauté éducative) tient, là aussi, une place centrale.

### Le déterminant public

Le déterminant public (les élèves, leur situation, leurs besoins, l'environnement social) tient une place modeste dans l'engagement des professionnels. Dans l'enquête réalisée en collège précédemment citée, il n'apparaissait comme principal que pour 4 % des professionnels. Il est néanmoins évoqué par de nombreux enseignants notamment dans des contextes sociaux difficiles.
Cette rapide analyse conduit à souligner la multiplicité des déterminants de l'activité des enseignants dans le domaine de l'éducation à la santé.

## LES FINALITÉS DE L'ACTIVITÉ DE L'ENSEIGNANT EN ÉDUCATION À LA SANTÉ

Si l'activité de l'enseignant est conditionnée par différents facteurs situés « en amont », elle l'est aussi, « en aval » par ses finalités. Elle est en fait dirigée dans plusieurs directions simultanément, c'est pourquoi nous la qualifions de multifinalisée **[6]**. Avec R. Goigoux **[2]**, nous distinguons quatre directions principales selon que cette activité soit orientée :

- vers les élèves : l'enseignant vise à faciliter les apprentissages des élèves dans le domaine de la santé (qu'il s'agisse de savoirs, de savoir-faire ou de savoir être) ;
- vers la classe : l'enseignant vise à faire vivre le collectif-classe en tant que groupe social qui entretient avec lui des rapports dont les règles ne sont ni totalement données à l'avance, ni définitivement établies. Il cherche à rester maître de ce groupe sans perdre de vue les élèves singuliers. Il s'efforce de maîtriser la trajectoire intellectuelle et relationnelle de la classe considérée comme une entité dont il convient d'assurer le fonctionnement et le développement ;
- vers les autres acteurs de la scène scolaire : l'enseignant consacre une partie de ses ressources à rendre lisible et acceptable (voire à valoriser) son action professionnelle à leurs yeux. Il faut aussi qu'il puisse intégrer son activité à celle des autres : les parents de ses élèves, sa hiérarchie, les enseignants qui ont reçu les élèves les années précédentes et ceux qui les recevront ensuite, les autres enseignants qui agissent simultanément, les divers partenaires de la co-éducation. Il suffit, pour se convaincre de

l'enjeu de la prise en compte de cet aspect, de penser aux facteurs qui conditionnent l'activité d'un enseignant du primaire en matière d'éducation à la sexualité… La question de la hiérarchie et des familles conditionne au moins autant l'engagement dans ce type d'activité que les apprentissages des élèves ;

- vers l'enseignant lui-même : l'activité d'enseignement produit des effets sur celui qui l'accomplit à la fois sur le plan physique – fatigue, santé – et sur le plan psychique, celui de l'accomplissement de soi. Une part des choix de l'enseignant dépend donc des coûts et des bénéfices qu'il peut retirer personnellement de son activité en fonction de ses propres buts, qu'il peut décliner en termes d'objectifs pédagogiques, de valeurs, de fierté professionnelle, d'estime de soi, de confort, de santé, d'intégration à son milieu de travail, de reconnaissance sociale, de déroulement de carrière, etc.

Il y a donc un risque à ne penser l'activité de l'enseignant, et donc sa formation, qu'en référence à l'apprentissage des élèves. Ces réflexions ont aussi une conséquence plus large quant à la façon de penser l'activité de l'enseignant dans le domaine de l'éducation à la santé et plus généralement sa contribution à la promotion de la santé des élèves. En effet, la multifinalité de l'activité d'enseignement engendre des conflits de critères (entre multiplicité des prescriptions et cohérence de l'enseignement, besoins des élèves et demande sociale, engagement et usure professionnelle, volonté d'agir et limites de la sphère publique par exemple). L'éducation à la santé, pour peu qu'elle ne soit pas pensée comme la transmission de règles intangibles, se révèle être un excellent support pour rendre explicites ces tensions entre dimensions potentiellement antagonistes de l'activité des professeurs et pour explorer les façons de les réduire.

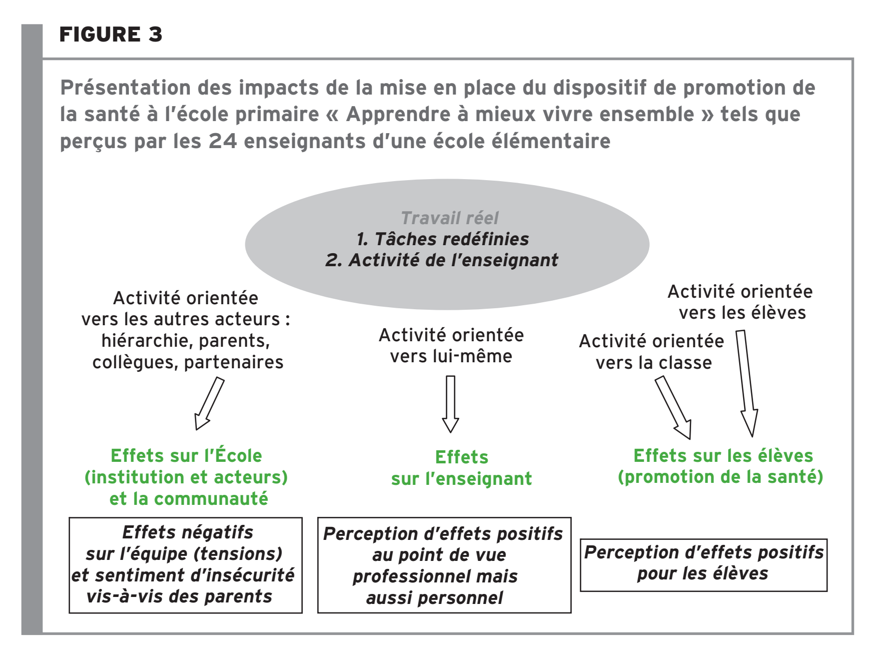
L'enjeu de penser la référence aux finalités de l'activité du professionnel est bien illustré par les conséquences sur les professionnels de l'implication dans des démarches de promotion de la santé. Il est rarement fait mention dans la bibliographie des conséquences négatives des dispositifs d'intervention. Le fait qu'il en existe ne conduit pas nécessairement à porter un jugement négatif sur l'action mise en œuvre ou à la remettre en cause. Il s'agit simplement de montrer que l'activité professionnelle s'inscrit dans un cadre complexe et qu'elle est régulée par bien d'autres paramètres que les apprentissages des élèves.

Prenons l'exemple de la mise en œuvre dans une grosse école urbaine (16 classes), du dispositif de promotion de la santé « Apprendre à mieux vivre ensemble » **[7]**. Une étude approfondie par interviews menées un an après le début du projet montre clairement l'engagement des professionnels (22 enseignants sur 24 sont engagés et mettent en œuvre de façon substantielle des activités liées au dispositif). Cet engagement est lié, d'après les personnes interviewées, à une excellente cohérence du programme « Apprendre à mieux vivre ensemble » avec leur mission et celle de l'école (24 sur 24). Ils perçoivent un impact positif sur les élèves, comme sur eux-mêmes ; ils parlent notam-

ment d'un apport important pour eux au plan personnel (12 sur 24) et professionnel (19 sur 24). Mais pour 16 d'entre eux, la mise en œuvre du programme a eu un effet négatif sur l'équipe (tensions, malaise, déstabilisation, sentiment d'insécurité vis-à-vis des parents…). Tout se passe comme si l'éducation à la santé, comme la promotion de la santé, renvoyait à des pratiques professionnelles qui ne sont pas consensuelles. Le fait de mettre en place une dynamique collective n'est donc pas sans générer de tension. De plus, le fait que les parents d'élèves soient impliqués conduit à la formulation d'attentes spécifiques de leur part en direction de l'école et donc à un sentiment d'insécurité pour les enseignants **[figure 3]**.

**FIGURE 3**

**Présentation des impacts de la mise en place du dispositif de promotion de la santé à l'école primaire « Apprendre à mieux vivre ensemble » tels que perçus par les 24 enseignants d'une école élémentaire**




Cette rapide analyse des déterminants de l'activité des enseignants en matière d'éducation à la santé met en lumière la nécessité de tenir ensemble toutes ses différentes dimensions. Une formation pertinente se devra de rendre ces dernières explicites et de situer le professionnel comme un acteur à part entière et non comme le simple exécutant de tâches prescrites.

## Bibliographie

**[1]** Karnas G. *Psychologie du travail.* Paris : Presses universitaires de France, coll. Que sais-je ? n° 1722, 2002 : 126 p.

**[2]** Goigoux R. Un modèle d'analyse de l'activité des enseignants. *Éducation et didactique*, 2007, vol. 1, n° 3 : p. 47-70. En ligne : http://education-et-didactique.bretagne.iufm.fr/IMG/pdf/goigoux.pdf [dernière consultation le 08/01/2010]

**[3]** Han S. S., Weiss B. Substainability of Teacher Implementation of School-based Mental Health Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2005, vol. 33, n° 6 : p. 665-679.

**[4]** Leyrit É., Simar C., Friaud L., Jourdan M. H., Jourdan D. Les personnels des établissements

du second degré et l'éducation à la santé et à la citoyenneté : les résultats d'une étude qualitative. *Congrès AREF*, Strasbourg, 31/08/2007. Strasbourg : AREF, 2007 : 11 p. En ligne : http://www.congresintaref.org/actes_pdf/AREF2007_Emilie_LEYRIT_489.pdf [dernière consultation le 08/01/2010]

[5] Pizon F., Simar C., Jourdan D., Barnion J. French Secondary School Teachers and Tobacco Prevention. *19th IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education*. Vancouver (Canada), juin 2007. Vancouver : IUHPE, 2007.

[5] Leplat J. *L'analyse du travail en psychologie ergonomique : recueil de textes*. Toulouse : Octares éditions, 1992 : 401 p.

[7] Jourdan D., Pommier J., Stirling J. Sustainability Factors for the Development of Primary School Teachers'practices of a Citizenship and Health Program (à paraître).

# Des outils pour la mise en œuvre des formations

Ce dernier chapitre de l'ouvrage propose d'offrir des pistes pratiques pour la mise en œuvre des formations. Nous aborderons successivement les spécificités de la formation d'adultes, les modalités d'organisation des séances de formation, l'accompagnement des équipes et la mise en œuvre concrète des dispositifs. Même si les éléments proposés ici sont bien connus de beaucoup de formateurs, ils ne font pas pour autant partie de la culture commune aux divers acteurs intervenant. Comme pour les autres parties de ce livre, il ne s'agit pas de donner des recettes mais bien d'offrir des outils pour expliciter ce qui se joue dans le processus de formation au service d'une démarche de réflexion individuelle ou collective. Nous nous proposons donc de rappeler rapidement quelques-uns des apports de l'andragogie avant de passer à des propositions relatives à l'inscription de l'éducation à la santé dans les plans de formation.

## DES FORMATIONS PROFESSIONNELLES D'ADULTES

### Les adultes apprenants

La formation professionnelle initiale comme continue des enseignants s'adresse à des adultes. Ceux-ci se situent de manière spécifique lorsqu'ils sont en situation d'apprentissage. Ils abordent les contenus, les méthodes, les formateurs et leurs pairs à la manière d'un adulte… En tout cas de façon bien différente de celle d'un enfant ou d'un adolescent. En 1958, Malcom Knowles introduisait le terme d'andragogie pour qualifier la formation qui s'adresse

aux adultes afin de distinguer cette discipline de l'enseignement des enfants (pédagogie). L'andragogie, « c'est la science et l'art d'aider les étudiants dans leur apprentissage ainsi que l'étude de la théorie et de la pratique de l'éducation des adultes » **[1]**. C'est à ce cadre que nous nous référerons ici sans ignorer les critiques faites à ce courant **[2]**.

Les travaux des psychosociologues ont, dès le milieu du XX^e^ siècle, montré qu'être adulte n'est pas un état mais un processus **[3]**, que l'adulte se situe de façon différente de celle de l'enfant lorsqu'il est en situation d'apprentissage. Le formateur n'est pas un instructeur mais plutôt un facilitateur, celui qui accompagne des adultes désireux d'acquérir ou de parfaire des connaissances, des habiletés ou des attitudes à visées professionnelles. Il vise avant tout la maturité, l'autonomie dans le rapport aux savoirs, savoir-faire et savoir-être qui sont constitutifs de l'identité professionnelle enseignante.

Il existe de nombreuses façons de présenter les spécificités de l'adulte apprenant et d'en tirer des conséquences pour la formation. À la suite d'A. Binz et F. Salzmann **[4]**, que nous reprendrons dans ce chapitre, nous mettrons en avant quatre points. (1) L'adulte désire être autonome dans son apprentissage (il n'est pas en situation de dépendance comme le sont les enfants). (2) Il porte en lui une richesse d'expériences (tant dans le domaine professionnel que plus largement puisque la question de la santé renvoie, comme nous l'avons déjà souligné, les enseignants à leur histoire propre). (3) Pour les étudiants de master et les stagiaires en formation continue, l'opérationnalité et le caractère réinvestissable des apprentissages sont un facteur important de motivation. (4) Enfin, l'apprentissage de l'adulte est marqué par son rapport au temps. Nous détaillerons successivement ces divers aspects partant du principe que permettre à l'adulte d'apprendre à sa manière et en fonction de ses propres besoins est l'une des conditions du succès de la formation.

### L'adulte désire être autonome lorsqu'il apprend

L'autonomie est la caractéristique majeure de la vie adulte. Ils se savent et se sentent maîtres de leurs projets et de leurs décisions. Les adultes ont un profond besoin d'être vus et traités par les autres comme des individus capables de s'autogérer. L'autonomie est d'autant plus importante pour l'adulte qu'il s'agit là d'un attribut prôné par une société dans laquelle liberté et indépendance sont des valeurs incontestables. Pourtant, il arrive que, lorsqu'ils sont en situation de formation, les anciennes représentations scolaires leur font adopter un comportement de dépendance, et leur demande est alors : « Enseignez-moi ! » Si le formateur répond directement à cette demande teintée par la pédagogie de l'enfance, l'adulte se trouve rapidement en conflit entre le modèle intellectuel (l'apprenant est un être dépendant) et son besoin psychologique plus profond de s'autogérer. Ce conflit peut expliquer bien des abandons dans la formation continue. En tant que formateur, il s'agit de prendre acte du désir d'autonomie de l'adulte et de l'aider à passer du stade de la dépendance dans son apprentissage à celui de l'apprenant autonome.

Tenir compte de cette première caractéristique de l'adulte en situation de formation revient à privilégier les attitudes suivantes :

- associer dans la mesure du possible les adultes à la préparation d'une activité pour qu'ils aient leur mot à dire à propos des besoins, des objectifs, du déroulement et de l'ensemble des modalités de la formation. Plusieurs degrés dans cette participation peuvent être envisagés selon la nature de la commande institutionnelle et du contexte de formation. Dans ce cas, il s'agit de négocier avec les adultes en leur montrant l'intérêt et l'utilité des éléments non négociables (demande institutionnelle). Informer concrètement les participants de ce qui va se faire est déjà une manière de les associer ;
- permettre aux adultes apprenants de modifier le déroulement prévu en concertation avec l'ensemble des participants. Il peut arriver qu'en cours de formation un événement imprévu nécessite une modification du déroulement prévu ;
- favoriser le plus possible l'expression de leurs expériences et de leurs opinions en lien avec le sujet abordé. Cette attitude permet non seulement à l'adulte de se situer personnellement face au sujet, mais encore d'apprendre à gérer d'autres positions différentes des siennes propres. Ainsi, son expérience est valorisée tout en étant mise en perspective.

## L'adulte porte en lui une richesse d'expériences

Les adultes arrivent en formation avec une expérience à la fois plus étendue et plus complexe que des enfants ou des jeunes. La richesse d'expériences et leur diversité font que dans un groupe d'adultes les différences individuelles sont plus fortes que dans un groupe d'enfants. L'expérience acquise a structuré ses représentations mentales et a ainsi façonné sa manière de concevoir son activité professionnelle. Certaines opinions forgées ont fait leurs preuves et l'adulte n'est pas disposé à les remettre en question si facilement. La formation est l'un des lieux au sein duquel l'adulte peut faire l'expérience des limites de son système de référence et entrer dans une dynamique de changement.
Le formateur aura des chances de voir aboutir son activité d'apprentissage dans la mesure où il tient compte de l'expérience des participants adultes. Cette prise en compte peut se traduire de la manière suivante :

- faire émerger l'expérience des participants dans le premier temps de l'activité. Le formateur obtient ainsi des renseignements précieux sur ce que les adultes savent sur le sujet et sur leurs réticences ou leurs intérêts face à l'objectif ;
- inviter les adultes à explorer leur expérience : cette phase est très importante, car elle permet aux adultes de prendre de la distance à l'égard de leur propre expérience tout en soulignant sa valeur indiscutable. Le formateur fournira des outils (par exemple une grille) permettant aux adultes de saisir les points forts et les limites de leur expérience. Une telle démarche permet aux participants de se considérer comme des ressources et donc porteurs d'un savoir. Le formateur n'a ainsi plus l'exclusivité du savoir et invite les participants à se considérer eux-mêmes comme des ressources

de savoir. Une telle attitude renforce non seulement l'image positive de soi chez les apprenants, mais respecte fondamentalement leur autonomie. Tenir compte de l'expérience des participants revient à changer leur rapport au savoir. Les expériences des adultes peuvent être considérées comme des savoirs. On leur donnera alors le nom de « savoir d'expérience ». Prendre en compte l'expérience des adultes apprenants en éducation à la santé, c'est leur permettre d'intégrer le nouvel acquis en fonction de ce qu'ils en savaient déjà. Toute activité auprès des adultes devrait comporter un temps d'appropriation durant lequel l'adulte est invité à réajuster son savoir d'expérience antérieure.

### L'orientation et l'utilité de l'apprentissage sont des facteurs importants de motivation

Les adultes orientent leur apprentissage en référence à un projet. Ils sont prêts à investir de l'énergie et du temps d'abord s'ils estiment que cela les aidera à résoudre des problèmes professionnels ou à progresser dans leur carrière. C'est dans la mesure où le sujet est en lien avec leur préoccupation du moment qu'ils se sentiront concernés par telle ou telle proposition de formation. Si les adultes sont sensibles à des motivations extérieures (salaire, promotion, image sociale), ils demeurent toutefois également ouverts à des motivations plus intérieures (celles qui viennent des options fondamentales de la personne elle-même : se former dans le domaine de l'éducation à la sexualité, par exemple, peut répondre pour certains enseignants à un désir d'engagement au service de la cause de l'égalité des sexes ou de l'émancipation des femmes). Parmi ces motivations intérieures, notons aussi le désir d'accroître sa satisfaction personnelle au travail, l'estime de soi, la qualité de la vie.
Le formateur d'adultes, soucieux de prendre en compte le désir d'utilité et de stimuler la motivation des adultes, aura avantage à :

- expliciter en quoi le sujet proposé dans sa séance de formation peut contribuer au développement professionnel de la personne ;
- proposer des apprentissages qui débouchent sur des résultats utiles aux professionnels ;
- veiller à ce que chaque séance de formation comporte des éléments nouveaux que l'adulte peut s'approprier. En effet, au terme de chaque rencontre, l'adulte doit pouvoir dire qu'il a appris quelque chose de nouveau et d'utile pour lui ;
- travailler le sujet de la rencontre à partir des questions, des tâches et des rôles des apprenants et non pas seulement à partir de ses propres questions de formateur.

### L'apprentissage de l'adulte est marqué par son rapport au temps

À la différence de l'enfant qui n'a pas ou peu la notion du temps, l'adulte est très conscient que son temps est limité. Par conséquent, il lui accorde de

la valeur se conformant ainsi à l'une des normes de la société occidentale, selon laquelle la rapidité est synonyme de performance. Lorsqu'il se rend à une formation continue par exemple, endossant ainsi le rôle d'adulte-apprenant, il a fait auparavant une série de deuils (tout ce qu'il n'aura pas le temps de faire du fait de sa participation à la formation). Il attend donc une utilisation maximale du temps qu'il consacre à cet espace de formation dans son horaire.
Prendre en compte le facteur temps dans une activité avec des adultes pourrait se traduire de la manière suivante :

- déterminer clairement avant et/ou au début de la formation le temps prévu et à investir. Il s'agit aussi de préciser la manière dont le temps sera occupé et découpé (déroulement) ;
- proposer des activités qui permettent aux participants d'entrevoir assez rapidement l'utilité et l'intérêt de ce qui est appris. Si l'adulte doit attendre la dernière séance pour entrevoir l'utilité, sa motivation en sera amoindrie et il finira par ne plus participer aux activités ;
- ne pas surcharger une rencontre ;
- commencer et terminer à l'heure : il en va du respect des personnes et de l'engagement pris de part et d'autre pour cette formation.

Ces quelques éléments ne constituent pas des recettes mais plus simplement un aide-mémoire susceptible d'aider le formateur à concevoir son dispositif de formation et d'accompagnement. Il peut aussi être utilisé comme base pour un travail commun entre formateurs. Des échanges sur ces pistes peuvent émerger un approfondissement collectif de la réflexion sur le public et offrir ainsi la possibilité de penser la formation non comme une juxtaposition d'apports mais comme un cheminement prenant les adultes apprenants là où ils sont **[encadré 1]**.

### ENCADRÉ 1
**Exemple de démarche pouvant constituer le soubassement d'un dispositif de formation d'enseignants en éducation à la santé [5]**

Former les enseignants à l'éducation à la santé fait appel à des contenus et à des méthodes qui n'ont rien de spécifique.
(1) Il s'agit d'abord de permettre une réflexion sur soi, son propre rapport à la santé et à l'éducation à la santé, son rôle d'enseignant. En effet, on ne se situe plus en situation d'extériorité vis-à-vis d'un savoir rationnel universellement valable mais plutôt impliqué « jusqu'au cou » dans une dynamique potentiellement déstabilisante puisqu'elle laisse une large place à une diversité de regards sur la façon de vivre son corps et sa santé. (2) Il s'agit ensuite pour les formés d'être capables d'analyser les données relatives aux facteurs conditionnant la santé et d'identifier, dans une perspective psychologique et sociologique, les différentes dimensions intervenant dans les choix de comportement (en particulier celles qui dépassent la seule

›››

approche rationnelle) ; (3) Il s'agit aussi de connaître la nature et le sens des conduites à risque ainsi que le rapport que les enfants et les adolescents entretiennent avec elles (spécificités liées à l'âge des apprenants, représentation des conduites…). La maîtrise de certaines approches et techniques est un autre objectif de la formation (4) tant à l'échelle de la séquence de classe : méthodes et moyens relatifs à l'expression des représentations, au développement des compétences sociales des élèves (estime de soi, gestion des conflits…), à l'implication réelle des apprenants ; (5) que dans la construction des projets, dans une perspective d'éducation à la santé (l'information ponctuelle seule n'a pas de pertinence) ; (6) ou dans la gestion du partenariat. En effet, il est difficile de concevoir une éducation à la santé qui se limiterait au travail réalisé en milieu scolaire ; on ne peut pas faire l'impasse sur la place des parents mais aussi des autres membres de la communauté éducative. De plus, le professeur ne peut être le seul référent en matière de santé, de sens de l'existence… (7). Enfin, une réflexion éthique s'impose dans ce contexte tant en regard des moyens mis en œuvre que des fins. Il n'y a pas d'évidence reconnue par tous… Travailler sur la santé nécessite une prise en compte des valeurs, des croyances individuelle et collective en matière de santé et ce, dans le cadre laïc de l'école.

Bien d'autres enjeux d'ordre pédagogique se font jour : la personnalisation des parcours, la prise en compte de l'expérience des acteurs, de l'identité et des rôles sociaux des adultes apprenants… Nous souhaitons ici souligner le fait que cette prise en compte des personnes dans la formation ouvre à un cadre éthique spécifique. À partir du moment où les participants à une formation ne sont pas considérés comme des objets mais bien comme des sujets de la formation, un certain nombre de règles s'imposent aux formateurs. Nous reprenons ici le cadre proposé par l'Inpes **[encadré 2]**.

### ENCADRÉ 2
**Principes éthiques pour la formation en éducation à la santé [6]**

Dans leur rapport aux participants, les formateurs :

- adoptent une attitude de valorisation des participants à la formation, ce qui signifie qu'ils doivent :
  – se situer dans le respect de l'autre, de sa culture professionnelle et de ses représentations,
  – aider chacun à développer son propos et à se faire comprendre des autres par des questions et des reformulations pertinentes,
  – aider le groupe à se saisir de tout ce qui présente de l'intérêt et de la valeur, dans l'objectif d'une progression des participants ;
- privilégient les attitudes pédagogiques qui favorisent la liberté d'expression et la réflexion propre de chacun. Il est par exemple important de préciser qu'il n'y a pas de « bonnes ou de mauvaises réponses » ;
- ne tombent pas dans le travers de donner des recettes, mais s'efforcent d'apporter des modes d'analyse des faits, de compréhension des situations et de construction de problématiques qui stimulent la réflexion et l'orientent vers des réponses pertinentes.

## L'organisation des formations

Comme nous l'avons indiqué en introduction de cette partie, nous ne reviendrons pas ici sur la question de l'apprentissage. Nous rappellerons simplement qu'un adulte, comme un enfant, est toujours « complet » ; il ne passe pas de l'ignorance au savoir. Il dispose toujours d'un modèle explicatif du réel, de son propre fonctionnement qui est organisé et cohérent. Tout apprentissage consiste en fait en une réorganisation du savoir de l'apprenant **[7]**.

> **L'apprentissage ne peut être décrété par autrui, il est une activité de l'étudiant ou du stagiaire. C'est le fait d'être parvenu à les mettre au travail qui est le principal critère de réussite de la formation.**

Ainsi, pour qu'il y ait formation, c'est-à-dire confrontation créative entre les personnes en formation et l'objet du parcours, il importe que trois conditions soient réunies. Ces trois conditions déterminent les trois phases d'une séquence de formation **[4]** :

- mettre à jour les présupposés et les attentes : phase projective ;
- prendre de la distance critique et creuser la problématique concernée : phase analytique ;
- intégrer et intérioriser les acquis dans une nouvelle globalité : phase d'appropriation.

Il est bien évident que ces phases peuvent s'interpénétrer, surtout quand les stagiaires sont impliqués dans un processus de formation de longue durée.

### Phase projective

Les stagiaires, en particulier en formation continue, n'arrivent jamais les mains vides devant ce qui fait l'objet de la formation. Comme nous l'avons déjà souligné à de nombreuses reprises, les questions de santé interagissent fortement avec l'histoire personnelle et professionnelle des sujets. Ces représentations initiales constituent le socle avec lequel les acquisitions vont interférer. Il est nécessaire de les prendre en compte à la fois pour le formateur (savoir où en sont les étudiants) et pour les étudiants (tant pour clarifier pour eux-mêmes leur conception du problème que pour découvrir qu'il existe d'autres façons de voir les choses). Notre expérience nous a montré qu'il était illusoire d'escompter développer des compétences chez les étudiants si la question de la place de la santé et de la sécurité à l'école n'avait pas donné lieu à un travail préalable de « purge ». Comme nous l'avons plusieurs fois indiqué dans cet ouvrage, elle renvoie les étudiants à des représentations fondées sur leur propre histoire mais aussi à des peurs. La question de la gestion de l'urgence et celle de la révélation d'une maltraitance surgissent systématiquement. La phase projective permettra de les faire apparaître. Le formateur pourra ainsi renvoyer à d'autres lieux et temps de formation et/ou

apporter des éléments de réponse. Il sera alors possible de se focaliser sur le volet éducatif.
On parle de projection pour le processus par lequel des significations personnelles et subjectives sont attribuées « objectivement » à la problématique à étudier. Il ne s'agit pas seulement d'avoir une idée de ce que connaissent les étudiants et stagiaires mais de leur permettre d'exprimer le rapport qu'ils entretiennent à la question.
Plusieurs techniques d'animation peuvent être utilisées dans cette phase, elles constituent des supports à l'expression des apprenants[1]. Mais l'important n'est pas uniquement de lister ce qui est exprimé mais de mettre en avant en quoi cela pose question. Il s'agit de problématiser. C'est ce qui permettra le passage à la deuxième étape : la phase analytique.

## Phase analytique

Cette phase concerne la collecte et le traitement de l'information. Le savoir se construit, il est articulé. Ceci suppose que le formateur ait préalablement défini ce qu'il vise en termes de savoirs, savoir-faire et savoir-être. Il est nécessaire que les stagiaires puissent s'impliquer, se confronter eux-mêmes au savoir. Il s'agit bien évidemment d'apporter des connaissances mais aussi de créer les conditions d'une implication réelle des stagiaires.
Il importe de préciser ici qu'il n'y a pas une seule façon d'organiser les activités du fait de la diversité des publics (caractéristiques, nombre), des contextes de la formation (initiale ou continue), des problématiques traitées. Ainsi, les formes sociales de l'apprentissage (individuel, collectif) comme les modalités (conférence, recherche documentaire, fiche de travail) seront différentes. Il n'y a pas de bonnes méthodes et, corrélativement, de mauvaises à proscrire. La conférence, par exemple, souvent décriée est parfaitement adaptée à certains contextes. L'essentiel est ailleurs ; il réside dans la capacité à mettre les stagiaires au travail.

## Phase d'appropriation

Cette phase est indispensable pour permettre aux stagiaires d'intégrer les réflexions et les découvertes dans leur expérience. En l'absence d'une telle démarche, le risque est que les apports de la phase analytique restent superficiels. Dans l'étape d'appropriation, le résultat de la démarche précédente (prise de distance) est cette fois-ci métabolisé individuellement et intégré à l'identité professionnelle.
Les objectifs de cette étape sont (1) de conduire les étudiants et les stagiaires à mettre en jeu, à réinvestir *via* une production personnelle ou collective les apprentissages réalisés ; (2) d'échanger avec et entre stagiaires à partir des productions ainsi réalisées ; (3) d'évaluer les acquisitions.

1. Dans l'outil *Profédus*, édité par l'Inpes et l'IUFM d'Auvergne, ces techniques sont soit l'objet de fiches spécifiques qui décrivent avec précision l'utilisation du photoformation, de l'abaque de Régnier® ou du blason, soit présentées en contexte au sein des fiches décrivant des modules de formation. Pour autant, cela ne signifie pas qu'il faille mettre en œuvre un travail basé sur un photoformation au début de tout module. Il s'agit plutôt, pour le formateur, de s'assurer qu'il a mis en œuvre les moyens de « prendre les personnes là où elles sont ».

Cette production peut prendre de multiples formes. Ce peut notamment être la rédaction d'un document : activité de classe, projet à l'échelle de l'école ou de l'établissement...

Ces quelques éléments de réflexion quant au travail de formation sont appelés à s'incarner dans les pratiques, au sein de contextes de formation, de publics, en passant par des personnalités de formateurs variés. Cette présentation reste bien évidement caricaturale. Le lecteur isolé, comme les groupes qui veulent approfondir cette question, trouveront dans la bibliographie en fin de chapitre de nombreux écrits pour aller plus loin.

Afin d'illustrer notre propos, nous présentons ici trois exemples de dispositifs qui prennent en compte les diverses étapes détaillées dans ce chapitre. Ils sont destinés à prendre place dans des unités d'enseignement de master. L'un est un parcours centré sur le partenariat qui, à l'échelle de l'année, propose un accompagnement des stagiaires dans un va-et-vient entre travail dans les écoles et analyse des pratiques. Le second est un module de quatre séances destiné à des enseignants du premier degré. Le troisième concerne des stagiaires en histoire-géographie-éducation civique. Il décrit une séance centrée sur le rôle de l'enseignant d'histoire-géographie-éducation civique en éducation à la santé (en classe et au sein de l'établissement) **[tableaux I, II et III]**.

## TABLEAU I

**Exemple de module de formation centré sur le partenariat. Il est destiné aux étudiants se préparant au professorat des écoles**

| Partenariat en éducation à la santé : l'exemple de la mise en œuvre de projets pluridisciplinaires liés à l'EPS[1] | |
|---|---|
| **Public destinataire**<br>Étudiants de master se destinant au professorat des écoles<br>**Durée**<br>3 séances d'une journée (ou 6 demi-journées) plus une présentation du projet<br>en fin d'année<br>**Place dans le plan de formation**<br>Module de formation lié aux projets pluridisciplinaires des étudiants ou à l'accompagnement des stages<br>**Modalités d'organisation**<br>30 étudiants par groupe | **Le mot du formateur**<br>***« Vouloir travailler en partenariat signifie tout d'abord établir un espace d'échanges commun et négocié autour d'objectifs définis conjointement. Il ne s'agit pas de s'inscrire dans la concurrence, ou la sous-traitance mais dans la complémentarité. »*** |
| **Intérêt** | |
| L'intérêt de ce module de formation est triple.<br>• Préparer les enseignants au travail en partenariat qui est une dimension constitutive de la mission de l'enseignant. Il s'agira à la fois d'approfondir le cadre au sein duquel un enseignant est appelé à participer à un collectif de travail et d'expérimenter cette facette de l'activité professionnelle. Travailler sa capacité à construire du lien, à participer à une négociation est tout sauf neutre. Il est important de percevoir que l'engagement dans un travail partenarial engage la personne et peut être source de déstabilisation.<br>• Marquer symboliquement par l'existence d'un tel module que le travail conjoint est « partie intégrante du contrat », que le partenariat n'est pas optionnel pour l'enseignant mais indispensable dans la réalisation de certaines de ses missions.<br>• Mettre en avant le fait que l'éducation à la santé est de la responsabilité des enseignants mais ne se conduit pas de manière isolée. Cette nécessité est liée au statut de la santé comme « objet partagé » entre famille et École, acteurs de la santé et de l'éducation. | |

1. EPS : éducation physique et sportive.

## TABLEAU I (suite)

**Objectifs**

- Permettre aux étudiants d'aborder le travail en partenariat : entre eux, avec les écoles et leurs partenaires, à travers la définition d'un projet commun et sa réalisation au sein des écoles.
- Créer un espace intermédiaire entre le système de formation (université) et le système de production (école).
- Aborder de manière transversale l'éducation à la santé, à l'aide d'un « fil rouge » : une discipline (l'éducation physique et sportive).

**Compétences visées**

| En référence au cahier des charges | Axe institutionnel ++ |
|---|---|
| • Contribuer en coopérant avec des partenaires internes ou externes à l'institution, à la résolution des difficultés spécifiques des élèves dans les domaines de la santé, des comportements à risque…<br>• Collaborer à la réalisation d'actions de partenariat engagées entre l'établissement et son environnement économique, social et culturel<br>• Connaître les partenaires et les interlocuteurs extérieurs à l'école avec lesquels il sera amené à travailler<br>• Profiter de la polyvalence pour construire les apprentissages fondamentaux<br>• Mettre en œuvre des approches pluridisciplinaires<br>• Inscrire sa pratique professionnelle dans la vie de l'école | Prendre conscience des autres dimensions des missions de l'enseignant que l'enseignement<br>Identifier le cadre au sein duquel s'établissent les partenariats<br>Identifier la mission de l'école en matière d'éducation à la santé<br>**Axe personnel ++**<br>Affiner son rapport au métier dans toutes ses dimensions<br>Travailler son rapport au travail collectif<br>**Axe public** |

**Modalités**

| Formateurs et autres intervenants[2] | Méthodes de formation |
|---|---|
| - Enseignants de l'université<br>- Directeurs d'école<br>- Partenaires locaux | - Apports théoriques<br>- Outils d'animation<br>- Mise en situation<br>- Réalisations concrètes (projets des étudiants) |

**Descriptif des séances (1)**

| Séances | Durée | Modalités |
|---|---|---|
| N° 1 | 1/2 Jour (octobre) | ➢ Accueil des étudiants, présentation en binômes<br>Présentation de la formation et des objectifs<br>➢ Travail sur les représentations des étudiants concernant le travail en partenariat : (Grille Q-sort©[3])<br>➢ Exploitation du Q-sort©<br>➢ Apports théoriques : Bulletin officiel et textes en vigueur concernant les projets pluridisciplinaires. Exemples concrets de travaux pluridisciplinaires en éducation à la santé liés à l'EPS et pistes de travail. Fournir des ressources documentaires.<br>➢ Envisager un travail en équipe<br>- Partenariat : qu'est-ce que le partenariat ? Définitions<br>- Démarche de travail en partenariat : (Émergence d'une idée, recherche de partenaires, rencontre avec les partenaires, officialisation du partenariat, définition des opérations, réalisation<br>- Quels partenaires sont possibles : internes et/ou externes ?<br>➢ Constituer des équipes de travail avec plusieurs étudiants et déterminer les formateurs référents, selon les groupes et thèmes de travail |
| | 1/2 Jour (octobre) | **L'EPS, une discipline « pilote » pour l'éducation à la santé**<br>➢ Éducation à la santé : définitions, concepts, objectifs, méthodes…<br>➢ Présentation des objectifs et compétences attendues en EPS pour les cycles élémentaires<br>➢ Présentation d'outils pédagogiques (exemple : coffrets *Léa et l'air, Léa et le feu, Léo et l'eau, Léo et la terre*)…<br>➢ Présentation de partenaires…<br>➢ Lancement du travail intersession |

2. Ce livre a été écrit au cours de l'année 2008, dans une période de grands changements en ce qui concerne le cadre institutionnel de la formation des enseignants. Au moment de sa parution, de nouveaux textes seront sortis. Nous avons fait le choix de baser notre travail sur le cahier des charges. Celui-ci décrit les divers domaines de la formation qui sont, quant à eux, peu sujets à variation.
3. Cette technique permet d'analyser les différentes dimensions d'un concept ou d'une représentation donnée.

## TABLEAU I (fin)

| Descriptif des séances (2) | | |
|---|---|---|
| **Séances** | **Durée** | **Modalités** |
| **Travail d'intersession : prise de contact des étudiants avec les enseignants des écoles afin de connaître le projet d'école dans lequel s'inscrira le projet interdisciplinaire** | | |
| **N° 2** | **1 jour (novembre)** | **Négociation de l'action entre étudiants et formateur référent**<br>➢ Choix d'un thème d'activité en éducation à la santé<br>➢ Établissement d'un projet par les étudiants<br>➢ Identification des compétences visées pour chaque discipline<br>➢ Contenus envisagés<br>➢ Identification des ressources et des partenaires<br>➢ Évaluation des élèves<br>➢ Négociation de la faisabilité avec le formateur<br>➢ Envisager les difficultés éventuelles et les aménagements possibles<br>➢ Répartition des tâches entre étudiants<br>➢ Formalisation du projet<br>➢ Échéancier |
| **N° 3** | **1 jour (janvier)** | **Régulation des projets pluridisciplinaires**<br>➢ Programmation d'une rencontre entre le formateur référent et les étudiants<br>➢ Mise au point de l'avancement du travail des étudiants<br>➢ Réorientation éventuelle<br>➢ Rappel de l'adéquation nécessaire avec les programmes de l'École<br>➢ Pertinence du choix des objectifs<br>➢ Vérification de l'articulation entre les disciplines<br>➢ Guidage dans la mise en œuvre<br>➢ Aide à la formalisation du compte rendu<br>➢ Pistes pour l'analyse du travail réalisé<br>➢ Conseils sur le choix des outils permettant la restitution et la présentation du projet |
| **N° 4** | **1/2 journée (fin d'année)** | ➢ Présentation orale devant un groupe élargi (formateur référent et formateurs d'autres disciplines, pairs et autres étudiants...), à l'aide d'un support (transparent, Powerpoint...) |

## TABLEAU II

**Exemple de module de formation destiné à des étudiants se préparant au professorat des écoles ou à professeurs des écoles titulaires. Son objectif central est de permettre aux étudiants d'identifier la nature des rôles en matière d'éducation à la santé**

| Le professeur des écoles et l'éducation à la santé | |
|---|---|
| **Public destinataire**<br>Étudiants en master 2 ou professeurs des écoles titulaires dans le cadre de la formation continue<br>**Durée**<br>12 heures en 4 séances de 3 heures regroupées sur 2 mois<br>**Place dans le plan de formation**<br>Module faisant partie des unités d'enseignement centrées sur la dimension éducative du métier<br>**Modalités d'organisation**<br>Groupe de 25 à 30 étudiants | **Le mot du formateur**<br>***« Ce module est le fruit du travail d'un groupe impliquant formateurs de l'université (IUFM), maîtres formateurs, santé scolaire, animateurs de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictolgie, (Anpaa), de Comités départementaux d'éducation pour la santé (Codes) et de l'assurance maladie. »*** |
| **Intérêt** | |
| ➢ L'éducation à la santé figure dans les programmes officiels et les instructions officielles. Elle est constitutive de la mission de l'enseignant dans le domaine de la citoyenneté (pilier 6 du socle commun de connaissances et compétences).<br>➢ La formation est essentiellement centrée sur la question du rôle de l'enseignant. À partir de l'approche de la santé à l'École, elle permet de travailler la façon dont s'incarnent concrètement dans la pratique la laïcité et les valeurs de l'École.<br>➢ La formation est portée par un groupe impliquant formateurs de l'université (IUFM), maîtres formateurs, santé scolaire, Anpaa, Codes, assurance maladie. | |

## TABLEAU II (suite)

| Objectifs |
|---|
| Permettre aux étudiants de :<br>➢ réfléchir sur ce qu'est l'éducation à la santé et connaître les différents thèmes du programme (savoir) ;<br>➢ réfléchir sur les questions éthiques liées à l'exercice du métier dans le domaine de l'éducation à la santé et à la sécurité ;<br>➢ respecter dans l'exercice de sa fonction une neutralité vis-à-vis des pratiques individuelles et familiales en matière de santé (hors le cas bien précis de celles qui transgressent la loi) ;<br>➢ donner les moyens à l'élève d'acquérir lucidité, responsabilité, esprit critique, autonomie (savoir-être) ;<br>➢ être capable de construire des projets en éducation à la santé (savoir-faire). |

| Compétences visées | |
|---|---|
| **En référence au cahier des charges** | **Axe institutionnel ++** |
| • Connaître le système éducatif, ses acteurs et dispositifs spécifiques<br>• Participer à la vie de l'école ou de l'établissement<br>• Connaître les différents supports et outils nécessaires à la conception et à la mise en œuvre des apprentissages<br>• Développer des approches pluridisciplinaires et transversales fondées sur les convergences et les complémentarités entre les disciplines<br>• Prendre en charge un groupe ou une classe, faire face aux conflits, développer la participation et la coopération entre élèves<br>• Veiller à ce que chaque élève porte un regard positif sur lui-même et sur l'autre<br>• Coopérer et communiquer avec les parents et les partenaires extérieurs de l'école<br>• Contribuer, en coopérant avec les partenaires internes ou externes à l'institution, à la résolution des difficultés spécifiques des élèves dans le domaine de la santé, des comportements à risque et de la grande pauvreté ou de la maltraitance | Identifier le cadre de l'éducation à la santé à l'École (dimensions individuelle et collective)<br>Identifier la nature de la mission du professeur des écoles dans ce domaine<br>Le travail conjoint avec les partenaires de l'enseignant, le lien aux familles<br>**Axe personnel ++**<br>Affiner son rapport au métier dans toutes ses dimensions<br>Travailler son rapport à la santé et aux comportements à risque<br>**Axe public +**<br>Être capable d'analyser les rapports entretenus par les enfants à la santé |

| Modalités | |
|---|---|
| **Formateurs et autres intervenants** | **Méthodes de formation** |
| - Enseignants de l'université et maîtres formateurs<br>- Personnels de santé scolaire : conseillers techniques (médecin, infirmière, assistante sociale)<br>- Partenaires institutionnels (CPAM) et associatifs (Anpaa, Codes) | – Travail sur les représentations des étudiants ou des professeurs des écoles titulaires (jeux de rôle, abaque de Régnier®[1], photoformation[2])<br>– Analyse de cas concrets<br>– Témoignages pédagogiques<br>– Synthèses théoriques<br>– Échanges |

| Descriptif des séances (1) | | |
|---|---|---|
| **Séances** | **Durée** | **Modalités** |
| **Séance 1**<br>Quelle éducation à la santé à l'école ? | 3H00 | – Émergence des représentations initiales sur l'éducation à la santé et sur les missions de l'école et de l'enseignant (abaque de Régnier®)<br>– Recensement des interrogations des étudiants dans ce domaine<br>– Mission de l'enseignant dans le champ de l'éducation à la santé<br>– Objectifs et méthodes de l'éducation à la santé à l'école. Les textes de références<br>*Intervenants : enseignants de l'univeristé, partenaires institutionnels et associatifs.* |

**1.** Cette technique d'animation a pour finalité de permettre l'émergence puis la confrontation des représentations et des pratiques en matière d'éducation à la santé à partir d'un nuancier de couleurs.
**2.** À partir du choix d'une image, le photoformation permet aux membres d'un groupe d'échanger, d'exprimer leurs émotions et impressions, de faire émerger leurs représentations et de les confronter.

## TABLEAU II (fin)

| Descriptif des séances (2) | | |
|---|---|---|
| **Séances** | **Durée** | **Modalités** |
| **Séance 2**<br>La santé et la sécurité de l'enfant à l'école | 3H00 | – Étude de 3 cas concrets (médicaments, maltraitance, projet d'accueil individualisé) permettant d'identifier la mission de l'enseignant, d'analyser les limites de sa neutralité et sa responsabilité dans le signalement des maltraitances<br>*Intervenants : enseignants de l'université, équipe de santé scolaire, conseillers techniques auprès de l'inspection académique (médecin, infirmière, assistante sociale)* |
| **Séance 3**<br>La mise en place d'un projet en éducation à la santé | 3H00 | – La construction d'un projet en partenariat au travers d'un jeu de rôle (difficultés, atouts)<br>– La mise en œuvre d'un projet en éducation à la santé dans une classe ou dans une école : témoignage pédagogique de maîtres formateurs<br>– Apports méthodologiques<br>– Présentation de quelques outils pédagogiques<br>*Intervenants : enseignants de l'université, maîtres formateurs et, selon les situations, autres partenaires* |
| **Séance 4**<br>Éducation aux médias et éducation à la santé | 3H00 | – Synthèse « approche pédagogique de l'éducation à la santé »<br>– Développement de l'un des axes : l'éducation aux médias<br>– Travail sur les stéréotypes sociaux (images du corps) et sexuels dans la publicité<br>– Éducation à la liberté de l'individu avec présentation d'un projet mené en classe<br>*Intervenants : enseignants de l'université, maîtres formateurs, formateurs des TICE (audiovisuel)* |

## TABLEAU III

**Séance de formation destinée à des étudiants de la filière Histoire-Géographie-Éducation civique. Son objectif central est de permettre aux étudiants d'identifier la nature de leur rôle en matière d'éducation à la santé**

| Santé et citoyenneté : Histoire-Géographie en PLC2 | |
|---|---|
| **Public destinataire**<br>Étudiants de master de la filière Histoire-Géographie-Éducation civique<br>**Durée**<br>Deux séances de 3H00<br>**Place dans le plan de formation**<br>Module faisant partie des unités d'enseignement centrées sur la dimension éducative du métier<br>**Modalités d'organisation**<br>Groupes d'une vingtaine d'étudiants | **Le mot du formateur**<br>***« La question de la santé est une partie identifiée du programme de cinquième (en lien avec la dignité de la personne), en ECJS, les questions liées à la consommation de cannabis ou au sida sont fréquemment traitées. Ce module vise à donner au professeur d'Histoire-Géographie-Éducation civique les moyens d'une prise en compte de la santé comme question de citoyenneté vive. »*** |

## TABLEAU III (suite)

**Intérêt**

Dans cette formation, l'enjeu est double :

1. Percevoir le rôle du professeur d'Histoire-Géographie-Éducation civique en éducation à la santé, dans le cadre de son enseignement. Sa position est spécifique, car elle lui permet d'aborder les questions de santé sous l'angle de la vie civique et donc en référence à sa dimension historique, culturelle et politique. Elle le place, en tout état de cause, à distance d'une approche prescriptive. Il s'agira de :
   - viser l'émancipation des élèves (la capacité à faire des choix libres et responsables en matière de santé à titre tant individuel que collectif), en abordant une question de citoyenneté vive qui touche fortement les élèves (alcool, tabac, cannabis, violence, sexualité, sida…) ;
   - poser les questions liées à la dignité de la personne humaine (respect de soi et des autres), à l'articulation de la liberté individuelle au bien commun (mesures de santé publique relatives au tabac ou à l'alcool…), au rôle de la loi, à la place des citoyens dans le débat (à partir de la problématique de la dépénalisation ou légalisation du cannabis par exemple).

2. Pouvoir contribuer à l'éducation citoyenne (concernant la santé), dans un projet plus vaste, à l'échelle de l'établissement : c'est la raison pour laquelle est abordée, dans un deuxième temps, l'implication dans le CESC.

**Objectifs**

Cette formation a pour but de permettre aux étudiants en Histoire-Géographie d'identifier leur rôle en éducation à la santé (à l'échelle de l'établissement, dans le cadre du CESC, dans les cours…) mais aussi d'acquérir une formation théorique et méthodologique sur les principales questions posées par la pratique de l'éducation à la santé.
À l'issue de la formation, l'étudiant devra être capable :

- d'identifier différents rapports à la santé ;
- d'identifier diverses approches de la prévention et de l'éducation à la santé et de rendre explicite ce sur quoi elles sont fondées ;
- d'expliciter le rôle de l'école en matière d'éducation à la santé en référence à la liberté et à la responsabilité de la personne ;
- de percevoir le rôle du professeur d'Histoire-Géographie-Éducation civique (tant à l'échelon individuel que collectif) dans le domaine de l'éducation à la santé.

**Compétences visées**

| En référence au cahier des charges | Axe institutionnel ++ |
|---|---|
| • Connaître, faire comprendre et partager les valeurs de la République et les textes qui la fondent<br>• Contribuer à la formation sociale et civique des élèves<br>• Prendre en compte la dimension civique de son enseignement<br>• Participer à la construction d'une culture commune des élèves<br>• Développer des approches pluridisciplinaires et transversales fondées sur les convergences et les complémentarités entre disciplines<br>• Amener chaque élève à porter un regard positif sur lui-même et sur l'autre<br>• Préserver l'égalité et l'équité entre élèves<br>• Contribuer, en coopérant avec les partenaires internes ou externes à l'institution, à la résolution des difficultés spécifiques des élèves dans le domaine de la santé, des comportements à risque et de la grande pauvreté ou de la maltraitance | Identifier le cadre de l'éducation à la santé au collège et au lycée (dimensions individuelle et collective)<br>Identifier la nature de la mission du professeur d'Histoire-Géographie-Éducation civique dans ce domaine<br>**Axe personnel ++**<br>Affiner son rapport au métier dans toutes ses dimensions<br>Travailler son rapport à la santé et aux comportements à risque<br>**Axe public +**<br>Être capable d'analyser les rapports entretenus par les adolescents aux conduites à risque |

**Modalités**

| Formateurs et autres intervenants | Méthodes de formation |
|---|---|
| ➢ Deux enseignants de l'université (Histoire-Géographie et formation transversale) | ➢ Les séances alternent les temps d'apports théoriques, d'échanges et de travail en groupe |

## TABLEAU III (suite)

| Descriptif des séances (1) | | |
|---|---|---|
| **Séances** | **Durée** | **Modalités** |
| **Étape 1 : travail sur les représentations de la santé (phase projective)** | **1H30** | • Accueil des étudiants<br>• Explicitation des objectifs de la séance<br><br>1/Quelle santé ?<br>Technique employée : photoformation[1] :<br>• Mise en évidence des conceptions des étudiants sur la santé : consigne *« Nous allons d'abord travailler sur la santé. En effet, avant de parler d'éducation à la santé, il faut se mettre d'accord sur ce qu'est la santé. Pour cela, vous allez choisir une photographie qui évoque pour vous la santé (qu'elle donne une image de ce qu'est la santé ou de ce qu'elle n'est pas). Puis, après 10 minutes de réflexion, vous nous expliquerez votre choix et, à partir de la photographie, vous nous direz ce qu'est pour vous la santé. Il ne s'agit pas d'analyser la représentation des uns et des autres mais de lister les différentes approches existantes. »*<br>• Synthèse des différentes conceptions, elles sont notées sur un film à rétroprojecteur vierge ou sur un paperboard<br><br>• Regroupement et classement des conceptions<br>• Bilan mettant en évidence la complexité du concept de santé et les diverses lectures qui peuvent en être faites. Les formateurs font systématiquement le lien avec la mission de l'École, le rôle de l'enseignant, les sphères publique et privée[2] |
| **Étape 2 : identification de différentes approches de l'éducation à la santé (phase analytique)** | **1H30** | 2/Quelle éducation à la santé ?<br>Technique employée : analyse d'outils de prévention et d'éducation à la santé<br>• Consigne : « À partir de l'observation des trois outils : Quelle vision du « problème » (alcoolisme, tabagisme, violence routière) est sous-jacente ? (*S'agit-il d'une maladie, d'un vice, d'une faute, d'un comportement déviant ?*) Quelle approche de l'éducation à la santé est privilégiée dans ces outils ? (*Informer, agir sur des comportements, des compétences (lesquelles), faire peur ?*). Il est intéressant de présenter le fruit de la réflexion collective sous forme d'un tableau »<br>• Synthèse des différentes approches de l'éducation à la santé à l'école, place dans l'éducation à la citoyenneté |

1. À partir du choix d'une image, le photoformation permet aux membres d'un groupe d'échanger, d'exprimer leurs émotions et impressions, de faire émerger leurs représentations et de les confronter.
2. Voir la partie « Le champ de l'éducation à la santé en milieu scolaire », p. 55.

## TABLEAU III (fin)

| Descriptif des séances (2) | | |
|---|---|---|
| **Séances** | **Durée** | **Modalités** |
| **Étape 3 : production autour d'une question de citoyenneté vive (phase d'appropriation)** | **1H30** | 3/Quelle mission pour le professeur d'Histoire-Géographie : éducation à la santé et ECJS ?<br>Rappel des objectifs de l'ECJS (contribuer, dans le cadre scolaire, à côté des disciplines enseignées, à la formation du citoyen). Selon le document d'accompagnement des programmes d'ECJS :<br>- l'élève doit se sentir concerné par l'entrée dans le thème choisi,<br>- des références solides doivent pouvoir accompagner sa quête de sens,<br>- la maîtrise d'un raisonnement rigoureux,<br>- débattre sur des sujets de société,<br>- aller chercher dans l'ensemble des disciplines, l'essentiel des ressources scientifiques à mobiliser,<br>- un travail interdisciplinaire et collectif.<br>• Travail sur une problématique de citoyenneté « vive » : les enjeux du débat démocratique : le cas du statut juridique du cannabis. Technique employée : travaux de groupe, prise d'information sur Internet et réalisation d'un panneau d'exposition autour de 4 questions :<br>1. Pourquoi le problème se pose-t-il aujourd'hui (la problématique) ?<br>2. Quels sont les arguments qui vous paraissent les plus pertinents : 3 arguments pour et 3 arguments contre la dépénalisation ?<br>3. Votre avis motivé en 3 lignes maximum.<br>4. Les 3 éléments clés à ne pas négliger pour conduire ce travail en ECJS avec vos élèves.<br>• Visite de l'exposition des travaux de groupe avec la grille d'analyse<br>• Synthèse : le débat argumenté et structuré est un élément constitutif de la vie démocratique. C'est à l'enseignant de le conduire autour :<br>- du statut de la loi et de son nécessaire rappel, quelles que soient ses opinions personnelles,<br>- de l'importance du débat argumenté et structuré. |
| **Étape 4 : le rôle de l'enseignant dans le travail à l'échelle de l'établissement (phase analytique et d'appropriation)** | **1H30** | 4/Quelle mission pour le professeur d'Histoire-Géographie : l'implication dans le projet collectif de l'établissement ?<br>• Apports sur l'éducation à la santé à l'échelle de l'établissement<br>• Technique employée : jeu de rôle[3] CESC : Comment mettre en œuvre un projet santé/citoyenneté au lycée ?<br>*1. 20 minutes de préparation de l'argumentaire de l'un des acteurs et désignation de l'un de celui des membres du groupe qui participera au débat*<br>*2. 20 minutes de débat*<br>*3. 20 minutes de synthèse du débat*<br>Conclusion : synthèse sur :<br>• le rôle de l'enseignant ;<br>• les aspects méthodologiques pour l'éducation à la citoyenneté et à la santé au collège et au lycée ;<br>• les questions éthiques. |

3. La technique d'animation du jeu de rôle permet de mettre en situation les membres d'un groupe et de les confronter à une situation-problème proche de celles qu'ils peuvent ou pourront rencontrer dans leur activité professionnelle.

## L'accompagnement des équipes

En France, l'accompagnement n'est en général pas considéré comme l'un des éléments du processus de formation. Il n'est du reste pas confié aux structures de formation mais aux inspecteurs qui cumulent cette mission avec celle de contrôle[2]. Pourtant, si l'on considère la formation comme un processus visant à aider les enseignants à se construire une identité professionnelle, l'accompagnement n'est pas seulement le « service après-vente » de la formation mais bien un élément contribuant au processus de développement professionnel tant des individus que des collectifs.

Dans ce bref paragraphe, nous nous cantonnerons au volet collectif de l'accompagnement. Notre propos est donc centré sur les équipes d'école ou d'établissement. Ce travail sur les lieux mêmes de la mise en œuvre du travail en éducation à la santé est essentiel car « parmi les conditions jugées nécessaires pour que les changements en éducation adviennent et soient durables, la recherche souligne l'importance de la mise en évidence des savoirs professionnels des enseignants et du développement d'un sentiment d'appartenance au sein de groupes de travail où ils interagiront et apprendront ensemble » **[8]**. Nous nous inscrivons donc ici dans une perspective de formation continue.

Du fait de la coexistence de différentes perceptions du rôle de l'École et de la mission des enseignants, il est possible d'envisager l'accompagnement des équipes de plusieurs façons. Si l'accent est placé sur l'application des programmes scolaires par les enseignants, il s'agit d'un mécanisme descendant. Ce mode d'accompagnement est très présent dans le système éducatif et dépasse le contexte de l'éducation à la santé. Il correspond typiquement aux conférences pédagogiques ou stages organisés pour présenter un nouveau dispositif, un nouveau texte ou de nouveaux programmes scolaires. Il se justifie pleinement dans ce contexte, car l'enracinement de l'activité des enseignants dans un cadre défini par l'État est une condition de possibilité de l'École pour tous. Comme nous l'avons dit, le cadre institutionnel que constituent les programmes scolaires et les textes institutionnels en général sont l'élément clé du lien entre l'École et les citoyens, la base sur laquelle les parents acceptent de confier leurs enfants à l'École. Quand il est mis en œuvre en éducation à la santé, ce type d'accompagnement est basé sur la logique suivante. Sur la base de choix politiques et parfois de travaux de recherche sont mises en évidence des « bonnes pratiques » ; des programmes d'intervention ou des guides, développés sur cette base, sont testés et validés pour être ensuite mis en œuvre dans les écoles. Cette dernière étape suppose un travail spécifique avec les équipes (de l'information des enseignants à l'évaluation de la qualité de l'implantation, en passant par l'aide à l'adaptation du dispositif au contexte local).

Cette démarche est d'une pertinence limitée lorsqu'il s'agit de mobiliser des équipes, de renforcer le travail collectif, de valoriser le travail accompli et d'ac-

---

**2.** Cette double fonction des corps d'inspection, si elle existe ailleurs, ne se retrouve pas partout. Dans d'autres pays, il existe deux structures, des inspecteurs et des services de soutien aux écoles.

compagner le renouvellement des pratiques. L'accompagnement, pour peu que l'on considère les enseignants comme étant appelés à agir en praticiens réflexifs, peut être considéré comme un processus de développement professionnel ayant sa consistance propre. Les pratiques à faire évoluer ne sont plus seulement une fin en soi ; elles deviennent une occasion de le soutenir. Les praticiens sont considérés comme porteurs d'expertise, comme des professionnels capables de prendre du recul vis-à-vis de leurs pratiques, de les expliciter, d'en faire une analyse réflexive les mettant en perspective avec les pratiques proposées dans le dispositif de formation, d'en tirer des expériences et des connaissances qui font émerger des pratiques nouvelles. L'accompagnement des enseignants dans le renouvellement de leurs pratiques est alors un processus de médiation entre les intentions de changement et l'agir. Dans ce cadre, l'accompagnement se centre d'abord sur les représentations des enseignants quant à leur contribution à la réussite scolaire et à la promotion de la santé des élèves. Il s'agit ensuite de permettre l'explicitation des pratiques déjà en place en offrant des grilles d'analyse. Ces outils, basés sur des cadres théoriques bien définis, n'ont pas d'autres finalités que de rendre lisible ce qui est mis en place. Notre expérience nous conduit à suggérer qu'il est pertinent, quand c'est possible, de ne pas se limiter à un seul outil mais d'en offrir plusieurs, augmentant ainsi les chances que chaque enseignant et chaque équipe trouvent un support qui lui convienne. Nous présentons ici deux exemples d'outils d'accompagnement qui, bien qu'ayant la même finalité sont basés sur des modèles théoriques différents **[tableaux IV et V]**. Ce travail permet la rencontre entre les savoirs scientifiques, théoriques (modélisation de Downie telle que détaillée dans la partie « Le champ de l'éducation à la santé en milieu scolaire » (p. 55) de cet ouvrage par exemple) et les expériences des praticiens. Il devient alors possible d'entrer dans une phase au cours de laquelle chaque enseignant ou chaque école peut renouveler ses pratiques en référence à sa propre expertise, aux apports de la formation et à son contexte d'exercice. L'évolution se fait ensuite au cours du temps dans une logique de va-et-vient.
Les deux grilles proposées sont d'ambition modeste, mais elles ont montré leur pertinence dans le cadre du dispositif d'accompagnement du projet « Apprendre à mieux vivre ensemble ». Sa finalité était la valorisation, la mutualisation et l'enrichissement des pratiques éducatives des écoles par :

- un travail réflexif collectif sur les pratiques éducatives (à partir d'outils d'analyse et d'éléments d'évaluation du climat scolaire) ;
- des échanges entre écoles ;
- des apports de l'équipe d'accompagnement (circonscription, université, santé scolaire).

Une telle démarche d'accompagnement n'aspire donc pas à une transformation radicale des pratiques ; elle est basée sur la mise en cohérence de ce qui est déjà conduit dans les écoles, le soutien à la mise en œuvre de pratiques renouvelées (par des apports, la mise à disposition d'outils pédagogiques, des témoignages…) et l'évaluation comme soutien du changement.

## TABLEAU IV

**Fiche d'accompagnement telle que complétée par une école primaire dans le cadre du dispositif d'accompagnement. Il ne s'agit en aucune manière de porter de jugement de valeur sur ce qui est proposé ici mais de le valoriser et de s'appuyer dessus, y compris pour les dimensions que l'on souhaite voir évoluer, pour enrichir les pratiques**

« Apprendre à mieux vivre ensemble »
Un projet qui vise à valoriser, mutualiser et enrichir les pratiques éducatives des écoles dans le champ de l'éducation à la santé et à la citoyenneté
Volet individuel

**École Primaire A**

Cette fiche récapitule quelques-unes des actions mises en œuvre par l'équipe pédagogique dans le but d'éduquer les enfants à la santé et à la citoyenneté, de prévenir la violence et les conduites à risque. Il existe de nombreuses façons de présenter ces différentes activités. Ici, c'est en référence aux besoins de l'enfant que cela a été réalisé. En effet, pour être capable de prendre sa place dans la société, il faut d'abord s'accepter soi-même et s'affirmer comme personne. À l'école, outre l'apprentissage des règles de la vie collective, c'est par une prise en compte des besoins de l'enfant que seront acquises les compétences indispensables à toute vie sociale.

| | |
|---|---|
| **Besoin de dépassement (*réalisation de soi, création, avoir des projets, donner un sens à sa vie…*)** | Mise en place d'ateliers divers où chaque enfant pourra se réaliser, se mettre en valeur (sports, arts, arts plastiques)<br>Projet d'un spectacle musical présenté aux parents avec la participation de tous les enfants<br>Beaucoup de projets variés dans l'école pour éviter la routine, favoriser la motivation, le plaisir d'apprendre, développer l'esprit « école », donner du sens à chaque domaine enseigné |
| **Besoins d'estime et de considération (*estime de soi, indépendance, autonomie, être reconnu capable, exister pour les autres…*)** | Rassurer, valoriser sans démagogie<br>Pousser à l'autonomie, à la réflexion, à la construction des apprentissages.<br>Création d'un conseil d'enfants (des représentants dans chaque classe qui ont été choisis par les autres)<br>Une réunion du conseil une fois par mois, compte rendu de ces réunions dans un dossier. Si c'est possible, mise en place des demandes des enfants |
| **Besoins d'appartenance (*être reconnu, faire partie d'un groupe, participer…*)** | Fonctionnement en ateliers avec des petits groupes. Rotation de ces ateliers. Les enfants connaissent mieux tous les enseignants de l'école<br>L'enfant n'est plus seulement reconnu par son maître mais par l'équipe d'école<br>Attention spécifique aux enfants vulnérables. Éduquer les enfants à ne pas écarter, partager, intégrer |
| **Besoin de sécurité et de confiance en soi (*stabilité, protection, apprentissages fondamentaux…*)** | Écouter les enfants<br>Les règles de vie sont les mêmes dans toutes les classes (mêmes droits, mêmes devoirs, mêmes sanctions)<br>À travers les autres moments de la vie en collectivité (avec toute l'équipe éducative), « je suis responsable de mes actes et de mes paroles à travers n'importe quel moment »<br>Sécurité, mise en place de règles de vie en fonction des lieux. Les maîtresses sont prévenues en cas d'urgence (protection)<br>Développement de la vigilance de chacun |
| **Besoins physiologiques (*nourriture, repos, intégrité corporelle, homéothermie…*)** | Gestion des goûters, gestion des repas, éducation alimentaire<br>Aménagement du temps scolaire. Emploi du temps rythmé selon les temps de concentration, les centres d'intérêt de chacun. Sieste pour PS et MS en partie, travail éducatif sur le sommeil<br>Rythme soutenu de passages aux toilettes, attention à leur équipement et à leur propreté<br>Vêtements de rechange, d'équipement éventuel<br>Ouverture des fenêtres régulière |

## TABLEAU V

**Fiche d'accompagnement telle que complétée par une école élémentaire dans le cadre du dispositif d'accompagnement. Il ne s'agit en aucune manière de porter de jugement de valeur sur ce qui est proposé ici mais de le valoriser et de s'appuyer dessus, y compris pour les dimensions que l'on souhaite voir évoluer, pour enrichir les pratiques**

« Apprendre à mieux vivre ensemble »
Un projet qui vise à valoriser, mutualiser et enrichir les pratiques éducatives des écoles dans le champ de l'éducation à la santé et à la citoyenneté
Volet collectif

**École élémentaire B**

Cette fiche récapitule quelques-unes des actions mises en œuvre par l'équipe pédagogique dans le but d'éduquer les enfants à la santé et à la citoyenneté, de prévenir la violence et les conduites à risque.
Il existe de nombreuses façons de présenter ces différentes activités. Ici, c'est en référence à trois aspects essentiels de l'éducation que cela a été fait : l'apprentissage de compétences personnelles, sociales et civiques, le travail sur la loi et l'environnent de l'enfant.

| | | |
|---|---|---|
| Individu | *. Gestion des conflits*<br>*. Gestion des émotions*<br>*. Estime de soi positive…* | Gestion des conflits : débats en classe, verbalisation du conflit (les causes, les conséquences). Réflexion/solution(s) pacifique(s) pour gérer un conflit<br>Mise en place de situations d'entraide entre les élèves au sein de la classe<br>Mise en place de situations visant à avoir une meilleure estime de soi (pour les élèves pour qui cela est nécessaire, on travaille avec le Rased)<br>Travail sur les émotions à partir d'albums de littérature de jeunesse (*Le petit humain*, *Yakouba* et *Le poulet de Broadway*) et les arts visuels |
| Environnement | *. Vie à l'école*<br>*. Médias*<br>*. Stéréotypes sociaux…* | Établir un dialogue, une réflexion rassemblant l'ensemble des enfants de l'école et des adultes (CP-CM2)<br>Mise en place d'une « instance » collective pour proposer des règles de fonctionnement<br>Réunion d'un conseil d'enfants réunissant les délégués de classe élus en début d'année<br>Travail sur les publicités télévisuelles et les stéréotypes |
| Loi, comportements | *. Le vivre ensemble et la loi comme objet d'étude*<br>*. Les comportements qui l'altèrent (violence, suicide, alcool, drogues…)* | Réflexion et élaboration au sein de chaque classe de règles de vie/aux différents lieux de l'école : classe, cour, cantine, garderie ; ces réflexions de classe ont été rapportées et débattues en conseil d'enfants pour aboutir à la création de règles. Celles-ci se réfèrent au règlement intérieur de l'école<br>L'existence d'autres règles est élaborée par une sensibilisation et un travail sur la sécurité routière (avec présentation par la Gendarmerie)<br>Les autres interventions axées sur le corps et la santé sont mises en œuvre par les enseignants eux-mêmes (hygiène en CP, nutrition et activité physique en CE1, prévention/tabac, alcool, drogues… en CM) |

Dans le système éducatif français, cet accompagnement est organisé de façon différente en premier et second degrés. À l'école primaire, c'est d'abord l'équipe « circonscription » qui est chargée de cette mission. Inspecteurs et conseillers pédagogiques y contribuent à leur mesure **[encadré 3]**.

**ENCADRÉ 3**
**Les missions du conseiller pédagogique de circonscription telles que définies dans le Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 18 du 2 mai 1996**

Le Conseiller pédagogique a principalement une mission d'ordre pédagogique. Il peut être conduit à accomplir des tâches administratives liées au programme de travail de la circonscription, mais sa mission pédagogique ne doit en aucun cas être contrariée par la multiplication de ces tâches administratives. Il est un partenaire essentiel dans la formation des enseignants du premier degré comme garant de la polyvalence du métier, comme expert d'une articulation efficace entre les savoirs théoriques et la pratique professionnelle, capable de distanciation par rapport à la diversité des situations et des démarches d'enseignement. Il fait partie de l'équipe de circonscription animée par l'Inspecteur de l'Éducation nationale, ce qui nécessite non seulement une bonne connaissance réciproque des tâches de chacun dans leur spécificité mais aussi la préparation, voire la mise en œuvre d'actions conjointes. Cette équipe élabore et met en œuvre un projet de circonscription. Il a pour fonction première l'assistance et le suivi des enseignants débutants, titulaires ou non, notamment au cours de leur première année d'affectation.

En second degré, l'accompagnement est sous la responsabilité conjointe du chef d'établissement et des corps d'inspection.
Ces acteurs conduisent le processus mais ne peuvent, à eux seuls, maîtriser l'ensemble des compétences nécessaires à l'accompagnement des équipes en éducation à la santé. Ils font appel aux contributions spécifiques des équipes de santé scolaire, les conseillers techniques au service de l'établissement et des circonscriptions ainsi que des formateurs de l'université, spécialisés dans la formation et l'accompagnement des professionnels. Même si elles n'ont pas spécifiquement pour mission d'éduquer à la santé, les équipes de l'éducation spécialisée disposent de grandes compétences dans ce domaine et sont, dans le champ qui leur est propre, des acteurs de l'accompagnement des équipes. Du côté des partenaires de l'École, des structures associatives disposent d'une expertise réelle qui peut être mise au service des écoles et des établissements. Il s'agit notamment des Cres et des Codes[3], de l'Anpaa, des structures mutualistes comme la MGEN, de l'Adosen, de l'OCCE...
L'accompagnement n'est pas seulement affaire de structure et de dispositifs. C'est aussi une posture. Selon Arthur Gélinas, cinq grands défis doivent être

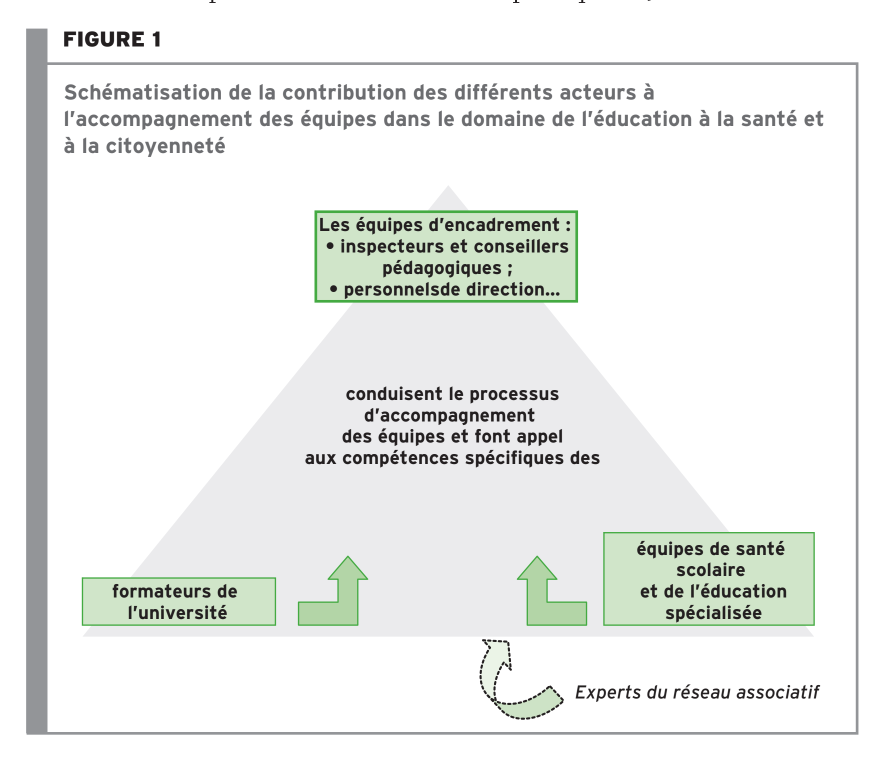
---

3. Ces structure sont amenées à devenir progressivement des Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps), conformément aux statuts de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de santé (Fnes).

relevés par le professionnel accompagnateur **[9]** : 1) prendre en compte les enjeux des acteurs ; 2) s'ouvrir à la diversité ; 3) partager des visions au lieu d'avoir une vision partagée ; 4) spécifier les pratiques et non les uniformiser ; 5) avoir une vue claire de son rôle, de son mandat et de son expertise. Il est clair qu'on ne s'improvise pas accompagnateur et que se pose la question de la formation des personnels à cette mission spécifique **[figure 1]**.

**FIGURE 1**

**Schématisation de la contribution des différents acteurs à l'accompagnement des équipes dans le domaine de l'éducation à la santé et à la citoyenneté**




Concrètement, cette démarche d'accompagnement prend deux formes principales. Il s'agit, d'une part, de temps identifiés sous forme de stages d'initiative locale en établissement ou d'animations pédagogiques de circonscription et, d'autre part, d'une « présence » auprès des équipes. Il importe ici de préciser que le simple fait, pour un médecin de l'Éducation nationale ou un inspecteur par exemple, de rencontrer les enseignants et de s'enquérir de l'évolution des projets en matière d'éducation à la santé est une contribution importante au soutien des équipes. La valorisation du travail que génère l'attention de la hiérarchie ou des experts reconnus est un facteur de motivation et d'engagement des professionnels.

## LA MISE EN ŒUVRE DE LA FORMATION

Dans cette dernière étape de notre parcours, nous nous proposons, sur la base des éléments développés tout au long de cet ouvrage, de proposer des pistes pour la mise en œuvre de la formation des enseignants en éducation à la

santé. Comme indiqué précédemment, nous nous réferrons au cahier des charges de la formation des enseignants publié en 2007[4].

## Une contribution de l'ensemble des domaines de formation

Permettre à chaque enseignant en formation de développer les compétences lui permettant de prendre sa place comme acteur d'éducation à la santé ne peut se limiter à la mise en œuvre de modules spécifiques. Le lobbying pour l'intégration de telle ou telle problématique dans la formation conduit, au mieux, à donner bonne conscience tant aux promoteurs de ces démarches qu'aux responsables de formation. La construction de l'identité professionnelle est un processus complexe et long. La question se pose donc de savoir ce qui, hors des modules explicitement centrés sur les problématiques d'éducation à la santé, contribue à développer les compétences des enseignants dans ce domaine.

Sur la base des données bibliographiques **[10-16]** et du travail des groupes de formateurs, nous avons tenté de mettre en évidence les différents domaines de formation participant au développement de compétences des enseignants en matière de prévention et d'éducation à la santé. Ces domaines se réfèrent au « triangle didactique » de J. Houssaye **[17]** qui définit tout acte pédagogique comme l'espace entre trois sommets d'un triangle : l'enseignant, l'élève, le savoir[5] distinguant ainsi l'espace du pédagogique, du didactique et de l'apprentissage. Du fait des enjeux liés aux relations de partenariat avec différents acteurs du milieu social, la question du contexte est aussi prise en compte.

L'ensemble peut être représenté sous forme d'un schéma **[figure 2]**. Bien qu'étant nécessairement réducteur, ce dernier présente l'intérêt de clairement baliser les domaines de l'activité enseignante qui interagissent avec la santé des élèves dans ses dimensions physique, psychologique et relationnelle. La perspective n'étant pas de faire un catalogue de ce qu'il faudrait ajouter à la formation mais de rendre explicite ce qui contribue à l'éducation à la santé. En ce sens, former à l'éducation à la santé renforce effectivement la cohérence des dispositifs *via* l'explicitation de ce qui, dans l'activité des enseignants, est de nature à contribuer tant au bien-être à l'école (dont le lien à la réussite scolaire est largement démontré **[18]**) qu'au développement de la capacité à choisir en toute liberté et responsabilité.

Cette modélisation n'est pas sans limites. Il n'est notamment pas toujours possible de lier un module de formation à l'un des domaines présentés. Par exemple, dans le cas de modules « Promotion de la santé » ou « Éducation à la santé », plusieurs de ces dimensions peuvent être abordées. À l'opposé, dans

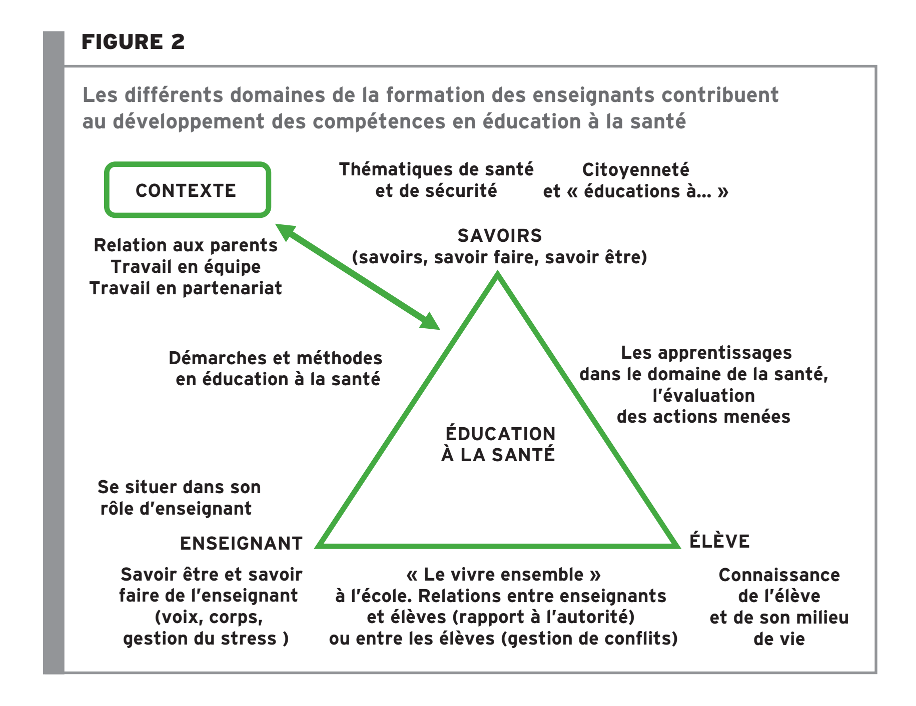
---

**4.** Nous n'aborderons pas ici la question des pratiques de formation actuellement en cours dans les IUFM. Dans un ouvrage précédent (Jourdan D. *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse : Éditions universitaires du Sud, coll. École et santé : 401 p.), nous avons développé cet aspect à partir d'une enquête nationale et de données issues des publications internationales.

**5.** Il s'agit ici des savoirs au sens large tels que définis dans une perspective éducative (et non seulement didactique) : savoirs, savoir-faire et savoir-être.

**FIGURE 2**

**Les différents domaines de la formation des enseignants contribuent au développement des compétences en éducation à la santé**




le cas de certains modules « Conduites à risque », seul le volet connaissance est pris en compte.

## Une prise en compte des problématiques d'éducation à la santé tout au long du cursus de formation

La formation des enseignants s'étale tout au long de la vie professionnelle. Elle articule formation initiale et formation continue. Au moment où sont écrites ces lignes, c'est sur l'un des maillons de ce dispositif que se concentre l'essentiel de la pression sociale sur la formation : l'année de formation professionnelle initiale se situant juste après le concours de recrutement (professorat des écoles deuxième année : PE2 et professorat des lycées et collèges deuxième année : PLC2). Or, cette année de formation, qui est le temps pour la majorité des stagiaires de la première expérience professionnelle en présence des élèves, ne peut se penser comme une succession d'apports sur tous les sujets relatifs à la pratique professionnelle. Promouvoir la prise en compte de l'éducation à la santé à l'école ne saurait se limiter à développer un lobbying visant à l'insertion de modules en PE2 ou PLC2. Penser la formation des enseignants, c'est penser sa globalité (sans nier que l'année de PE2 ou de PLC2 représente un temps spécifique), donc la formation initiale dispensée dans les unités de formation et de recherche des universités, les années à l'institut universitaire de formation des maîtres et la formation continue **[figure 3a]**.

La masterisation offre la possibilité du développement d'une formation sur une durée plus longue. L'enjeu est celui de mettre en place une réelle formation à la fois académique et professionnelle sur cinq années (licence et master)

**FIGURE 3a**

**Présentation de la structure de la formation des enseignants dans le dispositif actuel (recrutement en licence). UFR : unité de formation et de recherche (dans les universités) ; IUFM : institut universitaire de formation des maîtres ; FC : formation continue (sous la responsabilité des rectorats)**

La préprofessionalisation
Licence
La formation professionnelle
L1
L2
L3
PE1
PLC1
PLP1
CPE1
PE2
PLC2
PLP2
CPE2
t1
t2
UFR
IUFM
FC

en tenant compte des spécificités de chacune des étapes **[figure 3b]**. Ce temps de formation permet d'entrer dans une autre dynamique de construction de l'identité professionnelle que celle liée au dispositif actuel centré sur les deux années d'IUFM.

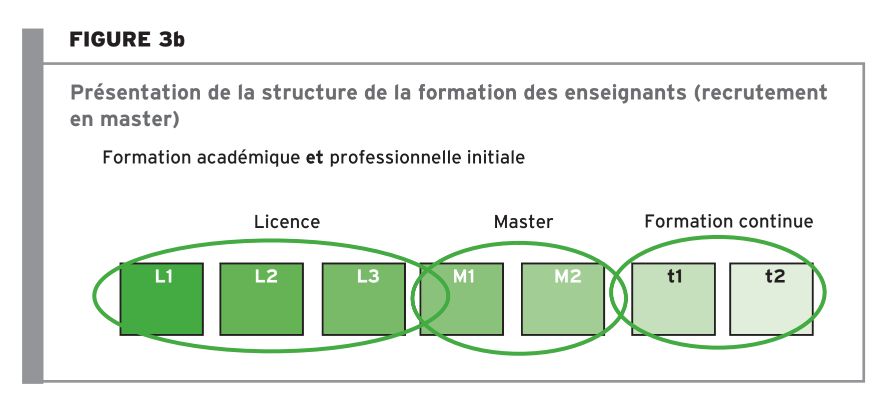



**FIGURE 3b**

**Présentation de la structure de la formation des enseignants (recrutement en master)**

Il s'agit donc :

- de donner toute sa place à la dimension éducative du métier d'enseignant dans les parcours professionnalisant de licence. Selon les cursus proposés, les questions liées à la santé trouveront une place différente tant en référence à des contenus disciplinaires, à la dimension éducative du métier que comme composante du volet collectif du travail à l'échelle de l'école et de l'établissement. Elles peuvent, par exemple, se situer dans des modules sur le thème de « l'école et ses acteurs » dans le sens où une dynamique de prévention et d'éducation à la santé est paradigmatique de ce vers quoi un partenariat équilibré entre professionnels de l'établissement, parents et partenaires peut tendre ;
- de redéfinir le master qui est appelé à concentrer une large part des apports « professionnalisants ». Plusieurs entrées sont possibles, elles sont décrites plus bas. Outre les apports spécifiques dans certaines disciplines et les modules optionnels, un temps de travail obligatoire, d'une

durée nécessairement modeste (à l'échelle de la journée ou de quelques journées), au sein des unités d'enseignements centrées sur le volet éducatif permet de marquer la place de la problématique dans le métier d'enseignant ;

- de s'assurer que les concours de recrutement laissent une place suffisante au volet éducatif, notamment dans le champ de la santé. En effet, pour que l'éducation à la santé trouve sa place en master, il faut que celle-ci soit présente dans les concours. Ceci est déjà le cas en ce qui concerne le professorat des écoles et certains concours du second degré (conseiller principal d'éducation et éducation physique et sportive). La place des questions d'éducation à la santé dans les concours n'est pas seulement à considérer en référence aux contenus qui seront ainsi enseignés, mais plus profondément au fait que ceux-ci fondent la représentation sociale du métier. C'est du reste l'état d'esprit dans lequel a été conçu le nouveau cadre du recrutement et de la formation des enseignants[6]. Il est déterminant que les recrutements soient basés sur la recherche de candidats présentant un ensemble de compétences se référant aux diverses dimensions du métier telles que définies en référence à loi d'orientation sur l'éducation et au cahier des charges de la formation ;
- de considérer la formation des néo-titulaires comme un espace privilégié pour l'abord des questions d'éducation à la santé. Les jeunes enseignants ont, à cette période de leur carrière, réglé les principales questions liées au « faire la classe ». Ils ont acquis une première expérience professionnelle et ont pu mesurer les enjeux liés aux dynamiques collectives de travail à l'échelle des établissements. Il est possible d'enraciner la démarche de formation dans cette expérience. Le fait que cette formation soit statutaire permet de signifier que cet aspect n'est pas marginal, qu'il « fait partie du contrat ». L'expérience montre que, dès leur début de carrière, les enseignants sont confrontés aux questions de santé. Ce n'est en général pas la question de la promotion de la santé ou de la prévention qui émerge en premier lieu mais celle de la maladie (obésité notamment), du mal-être des élèves, des consommations de psychotropes (alcool, cannabis), de la maltraitance, du lien aux familles... La formation doit s'enraciner sur cette expérience, aider les enseignants à trouver leur place et celle des partenaires sur ces questions puis à envisager leur rôle éducatif à l'échelle individuelle et collective (CESC) ;
- de prendre en compte que la formation continue des enseignants est très diverse d'une académie à l'autre et selon les années. Le plan de formation de l'académie de Clermont-Ferrand, par exemple, proposait,

**6.** Ce nouveau cadre propose une épreuve d'admissibilité (capacité à planifier, organiser un enseignement à un niveau de classe) et une épreuve d'admission (connaissance du système public d'éducation, représentation sociale du métier). La première épreuve, exercice pédagogique, consiste en une leçon en appui sur les programmes scolaires ; la seconde épreuve en un entretien suivant un exposé réalisé à partir d'un dossier. Dans les deux situations, il est possible de prendre en compte, chez tous les candidats, leur réflexion sur une démarche collective en matière d'éducation à la santé.

en 2006-2007, un stage de trois semaines sur les éducations à la santé, à l'environnement et au développement durable en premier degré, des stages sur le projet (CESC), l'éducation à la nutrition, les conduites addictives en second degré. Les circonscriptions du premier degré organisent des animations pédagogiques et des « formations d'initiative locale » provenant d'établissements du second degré et sont soutenues par l'IUFM et le Rectorat. Dans d'autres académies, l'éducation à la santé et la prévention sont quasiment inexistantes dans les plans de formation continue. Notre expérience nous conduit à penser que le facteur déterminant est l'existence ou non d'un partenariat étroit et à long terme entre les conseillers techniques des services sociaux, médicaux et infirmiers auprès des recteurs et des inspecteurs d'académie, les inspecteurs et les équipes de formateurs IUFM. Développer l'offre de formation passe nécessairement par une action concertée des différents acteurs locaux. L'outil de formation se veut au service de cette dynamique collective.

## Un enracinement dans le cahier des charges de la formation

Le cahier des charges de la formation professionnelle initiale (BO n° 1 du 4 janvier 2007), dispensée en institut universitaire de formation des maîtres, est basé sur une définition du métier d'enseignant en référence à dix compétences[7] :

- agir en fonctionnaire de l'État et de façon éthique et responsable ;

---

**7.** Qu'il s'agisse du socle commun pour les élèves ou du cahier des charges pour les enseignants, les finalités de l'action éducative sont exprimées en termes de compétences. Il nous semble nécessaire ici de rendre plus explicite la logique sous-jacente à la définition du métier en référence à des compétences. La notion de compétence n'est pas neuve en soi, mais sa définition et sa pertinence restent l'objet de controverses. Le terme fait partie du langage populaire et a désigné très longtemps une certaine efficacité dans l'action. Se modifiant au gré des évolutions sociales, le concept a subi, en mai 1968, une profonde mutation. Cette période, porteuse d'un rejet du taylorisme, a été un premier virage dans l'émergence du modèle actuel de compétence. La notion de compétence se différencie d'abord des connaissances qui, elles, sont organisées par disciplines académiques, par domaines du savoir scientifique et non en fonction de domaines d'activités concrètes. Elles sont abstraites, formalisées et décontextualisées. La compétence se distingue aussi des qualifications, qui sont souvent associées à des diplômes, socialement et conventionnellement reconnues et validées, acquises une fois pour toutes. La compétence possède un double caractère opératoire et finalisé. C'est un savoir-agir qui se met en œuvre dans un contexte particulier, dans un champ de contraintes et de ressources. Cette compétence en action est guidée par une intentionnalité, finalisée vers un but. C'est un processus qui se construit. On ne peut pas fournir à quelqu'un une compétence prête à l'emploi (Jourdan M.H. *Le management au défi de la promotion de la santé des usagers dans un service d'urgences.* IFCS de la région Rhône-Alpes – HCL). Penser le développement professionnel des enseignants en éducation à la santé en référence à la construction de compétences a de nombreuses conséquences pour la formation. D'abord, il assume qu'il n'y aura pas de transmission automatique d'une capacité à agir, mais plutôt inscription dans un processus dont le stagiaire est l'acteur principal. Dans cet esprit, il n'est d'autre option que de faire confiance au stagiaire qui « tricotera » à sa façon les diverses expériences qu'il lui aura été donné de vivre. La formation contribue à la construction de compétences, mais n'en est pas le seul déterminant. Ce qui se passe dans les établissements et qu'un jeune professionnel va rencontrer en début de carrière joue un rôle déterminant dans la construction de son identité professionnelle et la construction de ses compétences. Cette vision élargie du concept permet de souligner la place essentielle de l'accompagnement dans l'émergence et la mise en œuvre de la compétence. Cette articulation étroite entre l'accompagnement et la formation est à la base de plusieurs dispositifs d'éducation à la santé ou de promotion de la santé en milieu scolaire. C'est le cas d'« Apprendre à mieux vivre ensemble à l'école » en France ou d'« Écoles en santé » au Canada par exemple.

- maîtriser la langue française pour enseigner et communiquer ;
- maîtriser les disciplines et avoir une bonne culture générale ;
- concevoir et mettre en œuvre son enseignement ;
- organiser le travail de la classe ;
- prendre en compte la diversité des élèves ;
- évaluer les élèves ;
- maîtriser les technologies de l'information et de la communication ;
- travailler en équipe et coopérer avec les parents et les partenaires de l'école ;
- se former et innover.

D'une façon générale, le cahier des charges met en avant de façon explicite et organisée un ensemble de principes clés :

- le métier d'enseignant est un métier qui s'apprend, et la maîtrise des seules connaissances disciplinaires ne suffit pas à l'exercice de ce métier ;
- la formation initiale est professionalisante ; elle articule étroitement stage et formation à l'université ;
- la formation initiale prend en compte l'évolution des pratiques, la nécessité d'un cadre collectif d'exercice professionnel et du travail en partenariat ;
- la réflexion sur les valeurs du service public d'éducation est au cœur de la formation ;
- une place importante doit être donnée aux apports de la recherche en éducation tant pour la formation initiale que continue.

Comme nous l'avons indiqué en introduction, le cahier des charges de la formation des enseignants accorde une place significative aux questions liées à la santé. Il précise que la formation des maîtres (§ 1.2) doit s'insérer dans un cadre commun national et s'appuyer sur « les textes officiels précisant les engagements éducatifs de l'institution scolaire, notamment l'éducation à la santé et l'éducation à l'environnement pour un développement durable… ». Les questions de santé et de prévention relèvent des compétences professionnelles des maîtres (§ 3), à la fois comme objet d'enseignement avec l'ensemble des « éducations à… » et comme constitutives de la mission du fonctionnaire (agir de façon éthique et responsable) « pour le repérage des difficultés des élèves dans le domaine de la santé et des comportements à risque » et « pour la prise en charge des élèves en situation de handicap ». Enfin, la question du partenariat, indissociable de l'éducation à la santé et de la prévention des addictions, est mise en avant : travailler en équipe et coopérer avec les parents et les partenaires de l'école (notamment les personnels médicosociaux, les services de l'État…). D'une façon plus générale, il souligne la dimension éducative de l'exercice professionnel des enseignants et met en avant les capacités à inscrire sa pratique professionnelle dans l'action collective de l'école ou de l'établissement ainsi qu'à communiquer avec les élèves et leurs parents.

Son impact sur la formation devra être analysé ; le présent état des lieux offrira une base pour identifier d'éventuelles évolutions.

## L'éducation à la santé en master

À partir de l'analyse du cahier des charges, il est possible de proposer des pistes quant à la prise en compte de l'éducation à la santé en formation initiale à l'université.

### Une démarche de mise en lien

À l'opposé d'une logique de superposition qui ajouterait un ensemble de contenus, la formation en éducation à la santé et à la citoyenneté peut constituer un ciment dans la formation. Tous les enseignants sont confrontés aux questions posées par les conduites à risque (violence, toxicomanies, alcoolisme, tabac...) et s'interrogent sur la nature de la mission de l'École et sur la leur. La réalité de la vie quotidienne des établissements est telle que l'enjeu premier est toujours la gestion de crise, mais la question de la prévention et de l'éducation dans ce domaine se pose rapidement. Traiter, avec les étudiants (en lien avec les stages) et les néotitulaires, de telles « questions vives » de citoyenneté est un moyen de leur permettre de faire le lien entre divers apports tant académiques (scientifiques, historiques, légaux, déontologiques...) qu'issus de leur expérience et ainsi de se situer comme enseignant. L'éducation à la santé est l'un des éléments de la « culture commune » à tous les enseignants du primaire comme du secondaire.

### Le contexte du socle commun de connaissances et de compétences **[19]**

Outre les connaissances, capacités et attitudes contribuant à l'éducation à la santé telles qu'elles sont déjà présentes dans les diverses disciplines, le domaine des « compétences sociales et civiques » aborde ces questions (santé, sexualité, sécurité routière, gestes de premier secours...). L'éducation à la santé prend donc sa place d'abord dans les disciplines d'enseignement au travers des programmes et comme composante de ce qui fait la citoyenneté d'aujourd'hui.

### Le cadrage de l'éducation à la responsabilité en milieu scolaire **[20]** et l'organisation des CESC **[21]**

La circulaire de septembre 2006 **[20]** précise les conditions de mise en œuvre d'une démarche d'éducation à la responsabilité, qui concerne les domaines de la sécurité et de la santé..., au travers de situations d'apprentissage qui s'ancrent dans les programmes, s'exercent dans la vie scolaire et prennent pleinement sens dans la vie quotidienne des élèves. Cette dimension ne peut être traitée que collectivement dans l'établissement puisqu'elle relève de l'action de tous et dépasse l'activité didactique. Sa spécificité rend nécessaire un lien avec les familles. Dans de nombreux établissements aujourd'hui, cette thématique est le support d'un réel travail collectif institutionnalisé dans le cadre des CESC.

## Les « éducations à la santé, à l'environnement, au développement durable, à la sécurité routière, aux médias… » et l'évolution du métier d'enseignant

L'éducation à la santé prend place au sein des « éducations à… ». Ces formes scolaires non disciplinaires se distinguent des disciplines par l'absence de référent académique et donc de curriculum clairement établi. Elles sont centrées sur l'apprentissage des compétences citoyennes et des valeurs démocratiques. Aujourd'hui, elles constituent une dimension incontestable de la mission de l'École et des enseignants. Leur prise en compte de manière transversale en formation initiale comme continue contribue à accompagner l'évolution du métier.

## Dans tous les cas, des contributions de formateurs de diverses disciplines

L'une des spécificités de l'éducation à la citoyenneté et de ses déclinaisons concrètes que sont l'éducation à la santé ou à l'environnement est le fait qu'elles ne peuvent se limiter à un apport de connaissances sur la « bonne façon » de penser telle ou telle question. La finalité du développement des compétences personnelles, sociales et civiques est de permettre aux élèves de se préparer à prendre leur place, comme citoyen libre et responsable, dans les débats de la Cité. L'apport d'éclairages différents sur une même question, la mise en tension des contributions des différentes disciplines, l'apprentissage de l'argumentation et du débat sont des éléments incontournables du travail avec les élèves. En formation, aborder ces questions complexes nécessite tant la mise en tension des épistémologies disciplinaires que des éclairages divers sur les approches pédagogiques et didactiques pouvant être mises en œuvre. La contribution de formateurs de diverses disciplines est indispensable.

## Une mise en œuvre selon des modalités différentes

L'expérience des différents IUFM dans ce domaine montre que la prise en compte de l'éducation à la santé dans la formation des enseignants revêt une large variété de modalités. Cette expérience peut être largement réinvestie dans l'élaboration des maquettes des unités d'enseignement de master. Pour chaque exemple de module est donnée la compétence à laquelle il se réfère dans le référentiel du cahier des charges de la formation des enseignants :

- l'éducation à la santé dans les disciplines d'enseignement (compétence 3). Il ne s'agit pas ici d'ajouter quoi que ce soit mais de mettre en avant la contribution des différentes disciplines à la prise en compte des questions de santé *via* l'apport de connaissances (historiques, juridiques, biologiques…), l'apprentissage des compétences personnelles, sociales et civiques des élèves (au travers des activités artistiques, littéraires, physiques notamment…) ou le développement d'attitudes (respect de soi et des autres, médias et esprit critique…). Il s'agit, par exemple, dans les formations disciplinaires de séances consacrées aux questions de citoyenneté en Histoire-Géographie (santé, drogues, consomma-

tion...), à la contribution des sciences à l'éducation citoyenne (éducation à la santé et à l'environnement), au lien entre éducation physique et sportive et santé...

- agir en fonctionnaire de l'État de façon éthique et responsable : l'expérience des modules « Actualité des valeurs de l'école » (compétence 1). L'expérience de plusieurs IUFM, notamment avec les modules « Actualité des valeurs de l'école » en premier degré, montre que les questions de santé constituent une base pertinente pour aborder la dimension éthique du métier d'enseignant. Le travail sur des situations concrètes conduit à aborder le rôle de l'École (sphère publique, sphère privée), la responsabilité de l'enseignant (sécurité, maltraitance), sa mission éducative (respect de soi et des autres, rapport à la loi), les enjeux du travail collectif au sein de l'École et de la relation aux parents et aux partenaires. Un travail de même nature peut être conduit avec les étudiants se préparant au professorat du second degré et au métier de conseiller principal d'éducation en lien avec les stages en établissement. On peut noter que la thématique du travail avec l'équipe « Vie scolaire » sur ces questions est très fructueuse du fait de la méconnaissance des missions des conseillers principaux d'éducation par les étudiants ;
- le « vivre ensemble » comme objet d'un module centré sur la citoyenneté et ses déclinaisons (les éducations à...) (compétences 3 et 9) ;
- travailler ensemble dans l'établissement : projet d'établissement et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté **[21]** (compétence 9). Des modules axés sur le travail collectif dans les établissements du second degré peuvent être organisés. Ils seraient centrés sur la prévention et la gestion des conduites à risque, des conflits, la qualité de vie dans l'établissement, la relation aux parents et aux partenaires. Le cadre institutionnel du CESC, qui regroupe l'ensemble des membres de la communauté éducative, est privilégié, mais une place est aussi faite au travail sur le projet d'établissement, le règlement intérieur...
- module « Ouverture de l'école » : coopérer avec les parents et les partenaires (compétence 9) ;
- identifier et contribuer à la résolution des difficultés spécifiques des élèves dans les champs de la santé, du handicap, du social (compétence 6) ;
- mise en œuvre des nouveaux textes (compétences 3 et 10) ;
- socle commun de connaissances et de compétences, notamment les « compétences sociales et civiques » (BO n° 29 du 20 juillet 2006). Thème de convergence des disciplines scientifiques (BO n° 5 du 25 août 2005) ;
- modules spécifiques :
  – éducation et promotion de la santé à l'école (BO n° 45 du 3 décembre 1998) (compétences 1, 3, 6 et 9),
  – éducation à la sexualité (BO n° 9 du 27 février 2003) (compétences 1, 3, 6 et 9),

– apprendre à porter secours (BO n° 46 du 11 décembre 2003) (compétences 1 et 3),
– mission de l'enseignant, rôle des partenaires dans la prévention des maltraitances (BO n° 12 du 22 mars 2001) (compétences 1, 6 et 9),
– prévention des toxicomanies (loi de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004, article L. 312-18, Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008) (compétences 1, 3 et 9),
– prévention de la violence et résolution pacifique des conflits (BO n° 31 du 31 août 2006) (compétences 1, 3 et 9) ;

- l'enjeu du travail avec les établissements d'accueil sur cette question **[22]** : La logique de l'alternance qui préside à l'élaboration du cahier des charges appelle à une collaboration renforcée entre les universités et les établissements d'accueil **[encadré 4]**.

### ENCADRÉ 4
**La mission de formation des établissements telle que décrite dans le document de cadrage de l'IUFM d'Orléans-Tours (année 2007-2008)**

La formation à la dimension générale de l'identité professionnelle : les chefs d'établissement et leurs équipes ont un rôle fondamental de formation en permettant aux stagiaires de se positionner comme fonctionnaires d'un service public et de situer leur action dans l'établissement. Il convient notamment d'amener le stagiaire à :

- connaître l'établissement, sa politique (définie par un projet d'établissement qui s'inscrit dans un projet académique), ses structures, ses acteurs, ses partenaires, son fonctionnement ;
- prendre la mesure du comportement et de la posture d'un enseignant dans un établissement : règles, devoirs, droits par rapport aux élèves, à l'administration et aux collègues ;
- intégrer les diverses dimensions du métier.

Cette dimension de la formation peut prendre la forme de temps de rencontre, d'information et de discussions avec les stagiaires. Ceux-ci peuvent surtout être associés, dans le respect de leur emploi du temps à l'IUFM, aux différentes réunions et à quelques projets qui marquent la vie de l'établissement.

Le cahier des charges de la formation des enseignants souligne l'importance de l'implication du stagiaire dans les travaux des équipes d'école, de collège ou de lycée. Il s'agit ici de mettre en avant l'enjeu que représente, pour les stagiaires, le fait de participer au travail de l'établissement sur les questions de santé, d'être informés du contenu du projet d'établissement et du règlement intérieur et surtout de participer aux rencontres du CESC.

## Bibliographie


[1] Knowles M. S. *The Modern Practice of Adult education : From Pedagogy to Andragogy*. Chicago : Follett, 1970 : 400 p.

[2] Bourgeois E., Niget J. *Apprentissage et formation des adultes*. Paris : PUF, 2005 : 222 p.

[3] Erikson E. *Identity and the life cycle*. New York: International University Press, 1959: 192 p.

[4] Binz A., Salzmann S. *Éléments d'andragogie* (2e éd.) Strasbourg : Université Marc Bloch Strasbourg 2, 2000.

[5] Jourdan D. Éduquer à la santé, éduquer pour la santé : quels enjeux pour la formation des enseignants ? *Questions vives*, 2004, vol. 3, n° 5 : p. 81-96.

[6] Inpes. *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, éducation pour la santé du patient : formation des soignants* [outil d'éducation pour la santé des patients]. Saint-Denis : Inpes, 2005. En ligne : http://www.inpes.sante.fr/alzh/index.htm [dernière consultation le 08/01/2010]

[7] Giordan A. *Apprendre !* Paris : Belin, coll. Débats, 1998 : 256 p.

[8] Michaud C., Doyon A. M. *Accompagner une communauté d'enseignants dans le changement* [communication à la 8e biennale de l'éducation et de la formation]. 2006. En ligne : http://www.inrp.fr/biennale/8biennale/contrib/longue/96.pdf [dernière consultation le 08/01/2010]

[9] L'Hostie M., Boucher L. P., dir. *L'accompagnement en éducation : un soutien au renouvellement des pratiques*. Sainte Foy : Presses de l'université du Québec, 2004 : 192 p.

[10] Jourdan D. *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse : Presses universitaires du Sud, coll. École et santé, 2004 : 401 p.

[11] Bury J. *Éducation pour la santé. Concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles : De Boeck, 1988 : 105 p.

[12] Tones K., Tilford S. *Health Education, Effectiveness, Efficiency and Equity*. Londres : Chapman & Hill, 1994 : 336 p.

[13] Jourdan D., Bourgeois-Victor P. La formation des enseignants du primaire en éducation à la santé dans les IUFM : enjeux et obstacles. *Recherche et formation*, 1999, n° 28 : p. 29-46.

[14] Inserm. *Éducation pour la santé des jeunes* [expertise collective]. Paris : Inserm, 2001 : 247 p.

[15] Mérini C., de Peretti C. Partenariat externe et prévention en matière de substances psychoactives : dans quelle position l'École met-elle ses partenaires ? *Santé publique*, 2002, vol. XIV, n 2 : p. 147-164.

[16] McQueen D, Jones CM. *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York : Springer, 2007 : 428 p.

[17] Houssaye J. *Théorie et pratiques de l'éducation scolaire : le triangle pédagogique* (3e éd.). Berne : Éditions Peter Lang, 2000 : 312 p.

[18] IUHPE. *The Evidence of Health Promotion Effectiveness : Shaping Public Health in a New Europe*. Vanves : IUHPE/European commission, 1999: 194 p.

[19] Ministère de l'Éducation nationale. *Socle commun de connaissances et de compétences*. Décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006, BOEN, n° 29, 20 juillet 2006.

[20] Ministère de l'Éducation nationale. *Éducation à la responsabilité en milieu scolaire. Sensibilisation à la prévention des risques, aux missions des services de secours, formation aux premiers secours et enseignement des règles générales de sécurité. Circulaire n° 2006-085 du 24 mai 2006, BOEN, n° 33, 14 septembre 2006.*

[21] Ministère de l'Éducation nationale. *Protection en milieu scolaire. Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).* Circulaire n° 2006-197 du 30 novembre 2006, BOEN, n° 45, 7 décembre 2006.

[22] Bouvier A., Obin J. P., coord. *La formation des enseignants sur le terrain*. Paris : Hachette Éducation, 1998 : 253 p.

# Conclusion

Le parcours proposé dans cet ouvrage nous a conduits de l'analyse du contexte de la formation des enseignants en éducation à la santé à des propositions quant à sa mise en œuvre concrète. En conclusion, nous souhaitons revenir sur quelques-unes des principales idées développées.

Comme nous l'avons montré dans la dernière partie du livre, la priorité n'est pas tant aujourd'hui la mise en œuvre de formations visant l'acquisition de compétences techniques spécifiques que l'inclusion dans l'identité professionnelle, telle qu'elle est perçue par les acteurs, d'une conscience de leur mission dans le domaine de l'éducation à la santé. C'est alors en contexte et avec des outils provenant de la formation ou construits au fil de l'expérience que le professionnel pourra contribuer au développement des compétences de ses élèves en matière de santé.

Selon les champs professionnels dont sont issus les acteurs, plusieurs représentations de ce qu'est l'éducation à la santé en milieu scolaire coexistent. Permettre aux enseignants en formation de découvrir d'autres façons d'aborder la problématique, de prendre de la distance vis-à-vis de leur propre lecture est un objectif en soi. Pour autant, toutes ne sont pas équivalentes. La prise en compte de cette diversité a donc pour corollaire la nécessaire confrontation de ces approches aux missions du système éducatif. C'est-à-dire au fait qu'en milieu scolaire, l'éducation à la santé se réfère en premier lieu à une conception de

l'éducation et non à des fléaux sanitaires et aux moyens de les prévenir ou même à la promotion de la santé. La perspective est toujours celle de l'émancipation.

Les deux aspects que nous venons de présenter ne sont pas naturellement synergiques. L'articulation de ce qui vise à permettre aux enseignants en formation d'intégrer de façon cohérente l'éducation à la santé à leur propre identité professionnelle et ce qui vise à les en décentrer dans la perspective d'une ouverture est bien un enjeu fort. Le développement de compétences réflexives chez les stagiaires peut sans doute être considéré comme une voie privilégiée pour atteindre un tel objectif.

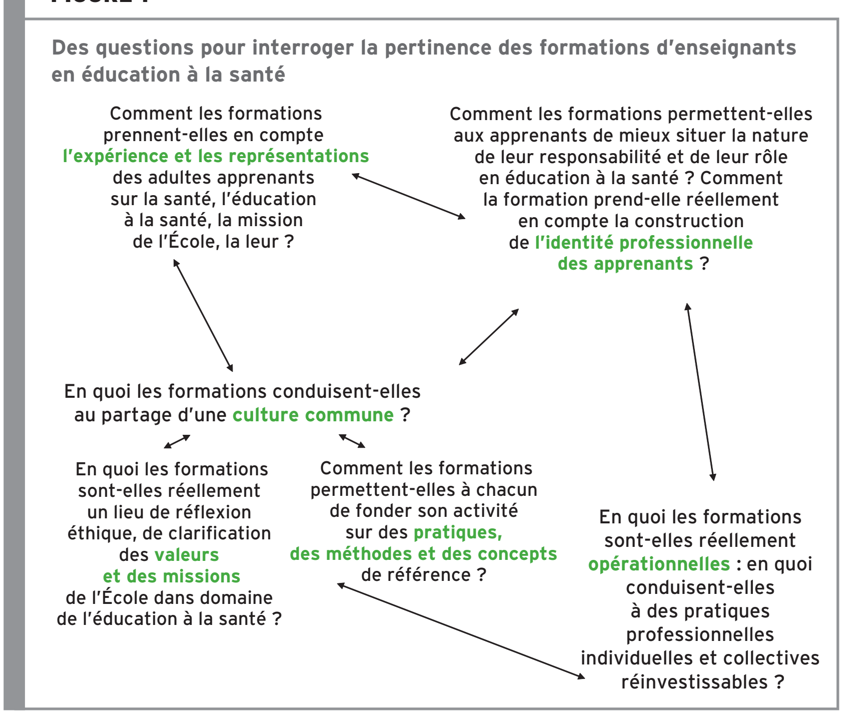
L'éducation à la santé est un objet partagé entre de nombreux professionnels issus tant du monde de l'éducation que de celui de la santé. Promouvoir l'émergence d'une culture commune aux différents acteurs peut contribuer à construire des synergies au service de l'éducation des enfants. Ce qui est susceptible d'être commun relève d'abord de l'ordre de l'éthique et des valeurs partagées. Ce sont ces valeurs qui peuvent constituer le *substratum* d'une culture commune. Si un travail de formation quant à ces questions éthiques apparaît ici comme nécessaire, c'est que les valeurs humanistes fondatrices de l'École ne relèvent pas de l'évidence. Dans une société en mutation comme la nôtre, la mission de l'École se doit d'être toujours précisée, ajustée à la fois aux valeurs qui la fondent et au contexte social actuel. Cette construction d'une culture commune aux acteurs de l'éducation à la santé à l'école ne saurait se décréter. Elle ne peut que se construire au cours du temps par la formation, l'accompagnement et le travail conjoint.

La **figure 1** propose une synthèse des aspects essentiels de la formation en éducation à la santé des enseignants sous forme de six questions en interaction les unes avec les autres.

L'évolution rapide de la place de l'éducation à la santé à l'École, le changement de paradigme que nous avons évoqué dans la première partie de cet ouvrage ne sont pas sans générer de tensions. Dans ce contexte, penser une formation adaptée passe par la recherche d'un équilibre entre utopisme béat et réalisme conservateur pour reprendre les mots de Philippe Perrenoud. « Chaque institution de formation, compte tenu d'une analyse stratégique de l'évolution du ou des systèmes scolaires avec lesquels elle travaille, devrait définir l'étape suivante du processus de professionnalisation du métier, en se servant ouvertement des nouveaux enseignants comme d'agents de changement. Une estimation trop timide ferait manquer une occasion de faire progresser la professionnalisation, une estimation trop optimiste préparerait au contraire de splendides régressions, sous la pression du corps enseignant en place. La

**FIGURE 1**

**Des questions pour interroger la pertinence des formations d'enseignants en éducation à la santé**




formation initiale doit préparer les nouveaux enseignants à gérer cette distance : il s'agit, d'une part, d'en être conscient et d'en comprendre la raison d'être, d'autre part, de savoir défendre son identité professionnelle, sans agressivité mais sans concession, contre les pressions des collègues plus expérimentés, conservateurs ou cyniques »[1]. Souhaitons que cet ouvrage apporte sa contribution à ce processus de professionnalisation.

1. Perrenoud P. *La formation des enseignants entre théorie et pratique*. Paris : L'Harmattan, 1994 : 254 p.

# Liste des tableaux et des figures

## L'éducation à la santé, une dimension de l'éducation à la citoyenneté



## Les activités de classe visant à développer des savoirs, des capacités et des attitudes



## Les déterminants de l'activité de l'enseignant en éducation à la santé



## Des outils pour la mise en œuvre des formations



## Conclusion

## Ouvrages parus aux éditions de l'Inpes

Guilbert P., Gautier A., Baudier F., Trugeon A. (dir.)
***Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans. Volume 3.1 : Synthèse des résultats nationaux et régionaux***
2004, 216 p.

Bournot M.-C., Bruandet A., Declercq C., Enderlin P., Imbert F., Lelièvre F., Lorenzo P., Paillas A.-C., Tallec A., Trugeon A.
***Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans. Volume 3.2 : Résultats régionaux***
2004, 256 p.

Guilbert P., Perrin-Escalon H. (dir.)
***Baromètre santé nutrition 2002***
2004, 260 p.

Broussouloux S., Houzelle-Marchal N.
***Éducation à la santé en milieu scolaire. Choisir, élaborer et développer un projet***
2006, 144 p.

Godeau E., Arnaud C., Navarro F. (dir.)
***La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2006***
Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-Aged Children
2008, 276 p.

Beck F., Legleye S., Le Nézet O., Spilka S.
***Atlas régional des consommations d'alcool 2005. Données Inpes/OFDT***
2008, 264 p.

Bantuelle M., Demeulemeester R. (dir.)
***Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Programmes et stratégies efficaces***
2008, 132 p.

Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P. (dir.)
***La dépression en France. Enquête Anadep 2005***
2009, 208 p.

Foucaud J., Balcou-Debussche M. (dir.)
***Former à l'éducation du patient : quelles compétences ? Réflexions autour du séminaire de Lille, 11-13 octobre 2006***
2008, 112 p.

Lorto V., Moquet M.-J.
***Formation en éducation pour la santé. Repères méthodologiques et pratiques***
2009, 100 p.

Conception graphique originale **Scripta** – Céline Farez, Virginie Rio
Maquette et réalisation **Desk** – 53940 Saint-Berthevin
Photographie de couverture **istockphoto.com©Tjanze (Maribor-Slovenia)**
Impression **Fabrègue**
Février 2010

L'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables en matière de santé, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui. Elle permet ainsi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté. L'action de l'École est alors de contribuer à développer cette capacité à décider par soi-même, à prendre en main sa propre santé. Dans cette perspective, l'éducation à la santé n'est pas l'affaire de spécialistes, mais relève de l'action quotidienne des adultes en charge de l'éducation des enfants et des adolescents.

Pour les enseignants des premier et second degrés, l'éducation à la santé prend place au sein d'une multitude de missions. Leur formation dans ce domaine ne peut donc se limiter à organiser des séances d'information sur les différents thèmes liés à la santé. C'est en articulation étroite avec les autres dimensions du métier d'enseignant aujourd'hui et en se situant au cœur de la dynamique de redéfinition du métier d'enseignant que peut être proposée une formation réellement adaptée. Traiter, avec les étudiants et les stagiaires, de telles « questions vives » de citoyenneté est un moyen de leur permettre de faire le lien entre les apports académiques et leur expérience, et ainsi de se construire comme enseignant.

La finalité de cet ouvrage est de rendre explicites les différents écueils générés par la pratique de la formation en éducation à la santé et d'offrir au lecteur quelques-unes des clés disponibles pour les prendre en charge.

Destiné à l'ensemble des acteurs de la formation, à des professionnels de diverses disciplines et d'origines institutionnelles variées, sa rédaction a été pensée dans le but d'aider à l'émergence d'une culture commune aux différents acteurs dans le cadre d'un travail en partenariat.







**Institut national de prévention et d'éducation pour la santé**
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis cedex - France

ISBN 978-2-9161-9214-7 / 126-69410-L